



Susana Lopes Vairinhos dos
Santos

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTEGRAÇÃO DE NOVOS
ENFERMEIROS NO BLOCO
OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO
PRIVADA

NORMA DE PROCEDIMENTO, PROGRAMA DE
INTEGRAÇÃO/AVALIAÇÃO E GUIA DE
ACOLHIMENTO

Relatório de Estágio de Mestrado em
Enfermagem Perioperatória realizado sob a
orientação científica da Prof.^a Doutora Cândida
Ferrito e da Prof.^a Maria Cabrita

Outubro 2016

INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA

NORMA DE PROCEDIMENTO, PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO/AVALIAÇÃO E GUIA DE ACOLHIMENTO

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal em parceria com a Associação dos Enfermeiros de
Sala de Operações Portugueses

Susana Lopes Vairinhos dos Santos – n.º 120523034

Relatório de Estágio apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Perioperatória realizado sob a orientação
científica da Prof.^a Doutora Cândida Rosa de
Almeida Clemente Ferrito e da Prof.^a Maria
Madalena da Ponte Cabrita

Ano letivo: 2015/2016

Setúbal

Outubro 2016

*“Quanto mais aumenta o nosso
conhecimento, mais evidente
se torna a nossa ignorância.”*
(John F. Kennedy)

DEDICATÓRIA

Às pessoas mais importantes da minha vida:

À minha avó Maria e ao meu avô Santos, porque sei que se estivessem aqui iam ficar orgulhosos em ter uma neta enfermeira.

À minha avó Bárbara (queria tanto que ainda aqui estivesse minha querida!) e ao meu avô Lopes, por me amarem incondicionalmente, apesar das minhas ausências.

Aos meus pais... Pessoas que mais admiro, razão do meu ser, porque sempre acreditaram em mim, porque sempre me apoiaram, porque sempre me deram força e porque nunca desistiram de mim (nem me deixaram desistir do que quer que fosse)! Obrigado por toda a vossa dedicação e por todos os valores que me transmitiram!

À Rita, minha irmã, amiga e “companheira das horas vagas”, por estar sempre ao meu lado, pelos incentivos que me deu, pelas idas ao 6º para desanuviar, pelas conversas e, como não poderia deixar de ser... Pelo toque artístico (típico de arquiteta) no *poster* que resultou deste trabalho (se não fosses tu acho que ainda aqui andava às voltas a tentar arranjar um fundo!).

Este trabalho é para mim uma pequena vitória, e dedico-vos este trabalho porque, como todas as minhas pequenas vitórias, essas vitórias são tanto minhas quanto vossas.

Obrigado!

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram quer para a realização deste trabalho, quer para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, ou que fizeram parte desta experiência, nomeadamente:

O corpo docente do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, pela riqueza dos conhecimentos transmitidos;

Os meus colegas de turma, pelos inúmeros momentos de convívio e pelas experiências partilhadas;

A professora orientadora Madalena Cabrita, por ensinar com tanta paixão, por ter possibilitado o meu primeiro contacto com instrumentos cirúrgicos e por ter iniciado a orientação deste trabalho, tendo dado sugestões valiosas e transmitido o seu interesse pela temática da integração;

A professora orientadora Cândida Ferrito, pelo acompanhamento na fase final deste trabalho, mesmo que tal tenha significado para si uma sobrecarga de trabalho, pelos sábios conselhos e pelos incentivos;

O Conselho de Administração da instituição privada onde decorreu o estágio por ter permitido a realização do mesmo e por ter autorizado a aplicação de um questionário e a elaboração do Projeto de Intervenção em Serviço;

Os enfermeiros que responderam ao questionário aplicado no serviço onde decorreu o presente estágio, pois as suas respostas foram essenciais à realização deste trabalho;

Aqueles enfermeiros com quem tenho o privilégio de trabalhar e que desde o início partilharam comigo as suas experiências e ensinamentos e contribuíram para que cada dia eu crescesse mais;

As auxiliares de ação médica, quer do Bloco Operatório, quer do Serviço Central de Esterilização, porque também me ensinaram muito e, acima de tudo, por me tratarem sempre com tanto carinho;

O enfermeiro orientador Rui Pardal, que admiro muito quer como enfermeiro, quer como pessoa, por tudo o que já me ensinou, por continuar a acreditar em mim, por me incentivar a fazer mais e melhor e me motivar todos os dias a aprender, por me fornecer orientações valiosas para a elaboração deste trabalho e por todo o interesse e empenho demonstrados para a implementação deste projeto no serviço (obrigado Pardal, do fundo do coração – tu sabes!);

O enfermeiro diretor Jorge Sousa, primeiro a ler este trabalho, pela oportunidade que me deu de me tornar uma enfermeira perioperatória, por não me ter deixado desistir deste projeto, pelo incentivo na altura certa, pelo *feedback* de que eu tanto precisava e por todo o apoio... (Obrigado enfermeiro Jorge!);

E a todos os demais que, de um modo ou de outro, fizeram parte de toda esta experiência que foi o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória.

O meu mais sincero obrigado a todos.



14 de Setembro 2013: Estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória na visita de estudo à Unidade de Cirurgia Ambulatória do Bloco Operatório do Hospital de São Bernardo, com os professores António Freitas e Cândida Ferrito e a enfermeira Helena Ribeiro

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Projeto/Estágio” do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, sendo fruto do trabalho desenvolvido em contexto de estágio no Bloco Operatório de uma instituição privada, e do Projeto de Intervenção em Serviço realizado neste mesmo contexto.

O processo de integração de um enfermeiro em contexto de trabalho constitui-se sempre como um desafio. No caso do enfermeiro recém-licenciado este desafio pauta-se pela assunção da responsabilidade profissional, e pela prestação de cuidados de uma forma autónoma. Por seu lado, no caso do enfermeiro com experiência profissional, este desafio pauta-se pela adaptação a um novo contexto de trabalho.

Assim, a definição de programas de integração adequados quer às necessidades organizacionais, quer às necessidades dos novos elementos, procura facilitar o processo de adaptação destes elementos ao serviço, de modo a que a sua integração se processe de um modo rápido e eficaz.

O Projeto de Intervenção em Serviço realizado teve a intenção de refletir acerca da integração de enfermeiros num serviço tão específico como o Bloco Operatório e de adotar medidas para a melhoria do seu processo de integração no serviço. Assim, este projeto gira em torno da problemática da integração dos enfermeiros no Bloco Operatório tendo-se, através da elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço, procurado identificar as principais necessidades por estes sentidas aquando da sua integração no serviço em questão.

O presente projeto resultou na revisão da norma de serviço relativa ao processo de integração, na elaboração de um programa de integração e respetiva avaliação e na construção de um guia de acolhimento que espera constituir-se como uma ferramenta facilitadora do processo de integração dos enfermeiros no serviço.

Palavras-chave: *Enfermagem; Autonomia Profissional; Integração; Bloco Operatório.*

ABSTRACT

The present work comes as part of Course Project/Internship of the 1st Master Course in Perioperative Nursing, taught by School of Health Sciences of Setúbal Polytechnic Institute (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) in partnership with the Portuguese Operating Room Nurses Association (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), emerging as a result of the work developed in the internship context in an Operating Theater from a private institution, and of the Service Intervention Project performed in the same context.

The integration process of a nurse in the work environment constitutes itself as a challenge. In the case of newly licensed nurses this challenge is guided by the assumption of professional responsibility, and nursing care in an autonomous way. Meanwhile, in the case of nurses with professional experience, this challenge is guided by the adaptation to a new service.

This way, the definition of adequate integration programs as to the organizational needs, as to the new nurses' needs, seeks to facilitate their adaptation process to the service, so that their integration proceeds quickly and effectively.

This Service Intervention Project intended to reflect about nurses' integration in such a specific service as the Operating Theater and to adopt measures to improve it. Thus, this project goes around the nurses' integration in the Operating Theater issue, through a form development and application to the service nurses that attempted to identify the main needs felt by them along their own integration process into the service.

This project resulted in a service protocol review, an integration-standard program development and appropriate evaluation and a host-guide who hopes to establish itself as a facilitating tool of the integration process in this Operating Theater.

Keywords: Nursing; Professional Autonomy; Integration; Operating Theater.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	18
1.1. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS	20
2. CONTEXTO CLÍNICO	23
2.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DO LOCAL DE ESTÁGIO	24
2.2. APRENDIZAGEM CLÍNICA: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	26
2.2.1. Compreender a organização e dinâmica do Bloco Operatório	28
2.2.2. Desenvolver competências técnicas para o desempenho de funções nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória	29
2.2.2.1. Enfermeiro de Anestesia	30
2.2.2.2. Enfermeiro Circulante	31
2.2.2.3. Enfermeiro Instrumentista	31
2.2.2.4. Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	32
2.2.3. Aperfeiçoar a capacidade relacional com o utente cirúrgico e família para uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem	32
2.2.4. Reduzir ao máximo os riscos para o utente cirúrgico através da aplicação de conhecimentos na área da Gestão do Risco e Segurança em Bloco Operatório	33
2.2.5. Aplicar a Metodologia de Projeto no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço	34
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	35
3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	36
3.1.1. Enfermagem: autonomia e saber profissional	36
3.1.2. Modelo Dreyfus de aquisição de competências	41
3.1.2.1. Níveis de evolução do Modelo Dreyfus de competências aplicado à prática de Enfermagem	44
3.1.2.1.1. Iniciado	44
3.1.2.1.2. Iniciado avançado	45
3.1.2.1.3. Competente	45

3.1.2.1.4. Proficiente	46
3.1.2.1.5. Perito	46
3.1.2.2. Conclusões da aplicação do Modelo Dreyfus à prática de Enfermagem ..	47
3.1.3. Inserção profissional e integração do enfermeiro.....	48
3.1.3.1. Gestão de recursos humanos: o seu papel no processo integração dos profissionais	50
3.1.3.2. Integração: a perspetiva de Marquis & Huston.....	55
3.1.3.2.1. Indução.....	55
3.1.3.2.2. Orientação.....	55
3.1.3.2.3. Socialização	56
3.1.3.3. Modelos, preceptores e mentores	57
3.1.3.4. Processo de integração: vantagens e desvantagens	59
3.1.4. Contexto socioeconómico atual.....	60
3.1.5. Integração de enfermeiros no Bloco Operatório.....	63
3.2. METODOLOGIA DE PROJETO.....	67
3.2.1. Diagnóstico de situação.....	68
3.2.1.1. Definição do problema	69
3.2.1.2. Instrumentos de diagnóstico	70
3.2.1.2.1. Questionário	71
3.2.1.2.1.1. Considerações éticas	73
3.2.1.2.1.2. Resultados.....	75
3.2.1.2.1.3. Discussão dos resultados.....	102
3.2.2. Definição de objetivos.....	111
3.2.3. Planeamento.....	112
3.2.4. Execução e avaliação	114
3.2.5. Divulgação dos resultados.....	122
CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
APÊNDICES E ANEXOS	135

APÊNDICE I: OBJETIVOS DE ESTÁGIO

APÊNDICE II: DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

APÊNDICE III: PRÉ-TESTE

APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO

APÊNDICE V: REVISÃO DA NORMA DE PROCEDIMENTO RELATIVA AO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS NO SERVIÇO

APÊNDICE VI: PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO E AVALIAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS NO SERVIÇO

APÊNDICE VII: GUIA DE ACOLHIMENTO

APÊNDICE VIII: ARTIGO: “INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA”

APÊNDICE IX: *POSTER*: “INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA”

ANEXO I: CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: 3º ENCONTRO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE [REDACTED]

ANEXO II: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: ACLS – *ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT* “*PROVIDER*” (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA ADULTO)

ANEXO III: NORMA DE PROCEDIMENTO EM VIGOR: “INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E EMPREGADOS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO”

ANEXO IV: ESTRUTURA DE IDONEIDADES: INSTRUÇÃO DE TRABALHO N.º 6.2.3.A – “EXISTÊNCIA DE PLANOS DE INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO”

ANEXO V: “CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA DA PRÁTICA À EVIDÊNCIA” – PROGRAMA

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de vínculo com a instituição	75
Gráfico 2: Sexo	76
Gráfico 3: Conhecimento da norma de serviço relativa ao processo de integração de novos elementos	77
Gráfico 4: Apresentação da instituição aos novos elementos	77
Gráfico 5: Reuniões com o enfermeiro responsável ao longo do processo de integração	78
Gráfico 6: Atribuição de enfermeiro integrador aos novos enfermeiros.....	78
Gráfico 7: Acompanhamento dos novos enfermeiros pelo enfermeiro integrador	79
Gráfico 8: Acompanhamento dos novos enfermeiros por outros enfermeiros que não o enfermeiro integrador	79
Gráfico 9: Apresentação do serviço	80
Gráfico 10: Momentos contemplados pelo período de integração no serviço	80
Gráfico 11: Tempo de integração dos enfermeiros nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória	82
Gráfico 12: Opinião dos enfermeiros quanto à criação de um documento orientador para facilitar o processo de integração no serviço.....	83
Gráfico 13: Empenho global da organização no processo de integração de novos enfermeiros ...	84
Gráfico 14: Nível de envolvimento dos superiores hierárquicos no processo de integração dos novos enfermeiros.....	84
Gráfico 15: <i>Feedback</i> dos superiores hierárquicos ao longo do processo de integração dos novos enfermeiros.....	85
Gráfico 16: Empenho do enfermeiro responsável no processo de integração dos novos enfermeiros no serviço	85
Gráfico 17: Envolvimento do enfermeiro responsável no processo de socialização dos novos elementos com a restante equipa multidisciplinar	86
Gráfico 18: Disponibilidade do enfermeiro responsável para participar do processo de integração dos novos enfermeiros no serviço.....	86
Gráfico 19: Apoio por parte do enfermeiro responsável aos novos enfermeiros.....	87
Gráfico 20: Mecanismos de consulta e diálogo com o enfermeiro responsável e/ou enfermeiro integrador	87
Gráfico 21: Preparação prévia da equipa de Enfermagem do serviço para a chegada dos novos enfermeiros.....	88
Gráfico 22: Apoio da equipa de Enfermagem e da restante equipa multidisciplinar aos novos enfermeiros.....	88
Gráfico 23: Fornecimento de documentação de suporte aos novos enfermeiros	89
Gráfico 24: Acesso às normas de procedimento do serviço.....	89

Gráfico 25: Empenho do enfermeiro integrador no processo de integração dos novos elementos no serviço	90
Gráfico 26: Disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro integrador para o ensino e resolução de problemas.....	91
Gráfico 27: Documentação de apoio fornecida pelo enfermeiro integrador	91
Gráfico 28: Preparação teórica do enfermeiro integrador para o esclarecimento de dúvidas aos novos enfermeiros.....	92
Gráfico 29: Conhecimento do serviço demonstrado pelo enfermeiro integrador aos novos enfermeiros.....	92
Gráfico 30: Transmissão de conhecimentos pelo enfermeiro integrador	93
Gráfico 31: Envolvimento do enfermeiro integrador no processo de socialização entre o novo elemento e os restantes elementos da equipa de Enfermagem.....	93
Gráfico 32: Aspetos facilitadores do processo de integração dos enfermeiros no serviço	96
Gráfico 33: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao longo do seu processo de integração no serviço	98
Gráfico 34: Sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros	100
Gráfico 35: Aspetos a contemplar num eventual "Guia de Integração" para o serviço	102

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tempo de experiência profissional	76
Tabela 2: Categorização dos períodos de integração referidos pelos enfermeiros do serviço	81
Tabela 3: Análise de conteúdo: aspetos facilitadores do processo de integração dos enfermeiros no serviço	95
Tabela 4: Análise de conteúdo: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao longo do seu processo de integração no serviço	97
Tabela 5: Análise de conteúdo: Sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros.....	99
Tabela 6: Análise de conteúdo: Aspetos a contemplar num eventual “Guia de Integração” para o serviço	101
Tabela 7: Diferenciação entre o tempo de experiência profissional em Bloco Operatório dos elementos em regime de prestação de serviços com o dos elementos em regime de contrato (a termo ou por tempo indeterminado)	103
Tabela 8: Relação entre o tempo de experiência profissional em Bloco Operatório e a atribuição ou não de um enfermeiro integrador aos novos enfermeiros	104
Tabela 9: Relação entre a antiguidade dos inquiridos no serviço e a atribuição ou não de um enfermeiro integrador aos novos enfermeiros	105
Tabela 10: Acompanhamento dos enfermeiros a quem não foi atribuído um enfermeiro integrador por parte de outros enfermeiros	105
Tabela 11: Tempo de integração dos enfermeiros no serviço em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória	107
Tabela 12: Avaliação do grau de satisfação dos elementos com o desempenho do enfermeiro integrador	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLAS:

- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
APA – *American Psychological Association*
AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*
BO – Bloco Operatório
EPT – Exercício Profissional Tutelado
ESS – Escola Superior de Saúde
FMEA – *Failure Mode & Effects Analysis*
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
MEPO – Mestrado em Enfermagem PeriOperatória
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
OE – Ordem dos Enfermeiros
PBE – Prática Baseada na Evidência
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV – Suporte Avançado de Vida
SCE – Serviço Central de Esterilização
SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
SWOT – *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*
UC – Unidade Curricular
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ABREVIATURAS:

- cit.** – citado
et al. – entre outros
n.º – número
p. – página
pp. – páginas
s.d. – sem data
s.l. – *sine loco*

INTRODUÇÃO

O presente “Relatório de Estágio” surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Projeto/Estágio” que se insere no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem PeriOperatória (MEPO) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP).

O Curso de MEPO:

“(…) visa proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de Enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório)” (ESS – IPS em parceria com a AESOP, 2012/2013, p. 6).

No âmbito da Enfermagem Perioperatória, a presente UC tem como principais objetivos a capacitação do estudante para o uso das principais técnicas de Enfermagem Perioperatória, a promoção do desenvolvimento de competências em contexto clínico, bem como competências de decisão clínica e decisão ética de Enfermagem neste contexto específico, a capacitação para a elaboração de um projeto de formação individual e a aplicação da metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto clínico (ESS – IPS em parceria com a AESOP, 2012/2013).

A presente UC decorreu ao longo dos 2º e 3º semestres do Curso de MEPO, tendo tido início a 09 de Setembro 2013 e término a 28 de Março 2014. A UC correspondeu a um total de 945 horas das quais 404 corresponderam a horas de contacto. Destas 404 horas, 360 foram em contexto clínico, 8 corresponderam a trabalho teórico-prático, 24 a orientação tutorial e 12 a seminários.

O presente “Relatório de Estágio” surge como instrumento de reflexão e avaliação acerca do trabalho desenvolvido ao longo dos últimos semestres do Curso de MEPO. Assim, foram definidos como objetivos deste relatório:

- Descrever as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do Curso de MEPO;
- Realizar uma análise crítica e reflexiva do estágio enfatizando os momentos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, bem como as dificuldades sentidas na prossecução dos objetivos pessoais inicialmente definidos;
- Apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizado, ao qual se aplicou a metodologia de projeto, fundamentando adequadamente todas as suas etapas.

Assim, este relatório foi estruturado em 3 partes que vão de encontro aos objetivos definidos.

Numa primeira parte, descrevem-se as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, e o modo como estas foram desenvolvidas e adquiridas ao longo do Curso de MEPO.

Na segunda parte, aborda-se a aprendizagem em contexto clínico, primeiro caracterizando física e funcionalmente o Bloco Operatório (BO) em que decorreu o estágio, e seguidamente analisando os objetivos pessoais inicialmente definidos e o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Por fim, apresenta-se então o PIS. Nesta terceira parte realiza-se um enquadramento teórico que tem por base a problemática identificada para o desenvolvimento deste projeto e procede-se à aplicação da metodologia de projeto, descrevendo e fundamentando cada uma das etapas percorridas.

No que diz respeito ao PIS, este teve como ponto de partida a identificação de um problema passível de intervenção no BO em que decorreu o estágio. Constatou-se que a norma de serviço relativa à integração dos novos enfermeiros no BO e os respetivos programas de integração e avaliação não se adequavam à realidade do serviço.

Sendo o BO um serviço tão específico devido aos inúmeros equipamentos e tecnologias que aqui se encontram, à vulnerabilidade do utente cirúrgico e a inúmeros fatores como as diferentes especialidades cirúrgicas e os diferentes tipos de anestesia, este contexto requer conhecimentos bastante diferenciados. Posto isto, o período de adaptação e integração de um novo enfermeiro ao BO é habitualmente demorado e complexo, sendo extremamente importante a definição de períodos de integração adequados não só às necessidades organizacionais, mas também às necessidades pessoais e profissionais de cada novo elemento. A definição de programas de integração, assume-se como um aspeto igualmente importante, na medida em que estes procuram

facilitar o processo de adaptação dos novos elementos ao serviço através da definição dos objetivos a atingir por estes elementos e das atividades a desenvolver para a prossecução dos mesmos.

Tendo por base esta linha de pensamento, o PIS resultou na revisão da norma de serviço relativa à integração de novos elementos em vigor, e na criação quer de programas de integração e avaliação adequados à realidade do serviço, quer de um guia de acolhimento para os novos enfermeiros. Estes documentos encontram-se em apêndice, bem como alguns documentos de suporte à aplicação da metodologia de projeto e à realização do PIS.

Em anexo encontram-se os certificados de presença das formações frequentadas ao longo do período de estágio, nomeadamente o encontro de Cardiologia da instituição em que decorreu o estágio e o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV).

O presente relatório foi elaborado de acordo com o “Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos” da ESS – IPS e foi redigido em conformidade com o acordo ortográfico da Língua Portuguesa. As referências bibliográficas estão de acordo com a 6ª edição das normas da *American Psychological Association* (APA).

1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Em 2004 a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou um estudo sobre as condições de trabalho dos enfermeiros em Portugal. De acordo com esta obra *“emerge nos serviços de saúde uma nova diferenciação da prática de Enfermagem face à atividade médica e aos demais profissionais”* (OE, 2004, p. 18).

Carlos Silva (2001, cit. por OE, 2004), refere que com base num discurso centrado na “desrotinização” e na teoria do “cuidar” ao invés de “tratar”, os enfermeiros têm procurado diferenciar-se no campo dos saberes da saúde. Os dados estatísticos da OE (s.d.) vêm sustentar esta afirmação: o número de enfermeiros especialistas nas diferentes especialidades em Enfermagem tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas, tendo-se este crescimento tornado mais evidente a partir de 2007.

Apesar da variada oferta em termos de Mestrados e Pós-Graduações em Enfermagem, num estudo realizado por Cabral (2004) concluiu-se que seria pertinente a criação de uma especialidade na área da Enfermagem Perioperatória. A autora refere que apesar da existência de diversos artigos, quer da autoria de enfermeiros perioperatórios, quer da autoria da AESOP, baseados em trabalhos desenvolvidos localmente e dirigidos às intervenções da Enfermagem Perioperatória, esta área da Enfermagem carecia de formação particular e especializada.

Com o importante trabalho de Cabral (2004), a vontade da AESOP e a persistência de tantos outros enfermeiros perioperatórios que desejavam formação especializada na área, assina-se a 28 de Julho de 2010, um protocolo de colaboração entre a ESS do IPS e a AESOP e surge, em 2012, o 1º Curso de MEPO.

Inserido na área da Enfermagem, este curso assumiu uma natureza de Mestrado Profissional com vista ao desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem Perioperatória, sendo que, para além da sua dimensão profissional visou *“também o desenvolvimento da investigação na área da Enfermagem Perioperatória, contribuindo deste modo para o seu desenvolvimento científico”* (Departamento de Enfermagem da ESS – IPS, 2012, p. 2).

Na Enfermagem as competências surgem desde logo enquadradas pelos conceitos definidos nas disposições gerais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No artigo 4º do capítulo II do REPE, a OE define enfermeiro como “o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais (...)” (OE, 2015, p. 99). Por seu lado, o mesmo documento define o enfermeiro especialista como aquele que através de um curso de especialização ou de estudos superiores especializados em Enfermagem, possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015, p. 99).

No respeito pelo estipulado pelo n.º 1 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, o ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória visou o desenvolvimento de competências, pretendendo-se que o mestrando:

- “Demonstre conhecimento e capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação;
- Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar;
- Integre conhecimento, lide com questões complexas, desenvolva soluções ou emita juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da Enfermagem Perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações;
- Comunique as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar;
- Demonstre capacidades que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da Enfermagem Perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (ESS – IPS em parceria com a AESOP, 2012/1013, pp. 8-9).

De acordo com o artigo 5º do Regulamento do Curso de MEPO de Novembro 2012, a componente curricular do Mestrado corresponde ao estágio desenvolvido na UC “Projeto/Estágio”. Esta UC contemplou uma vertente clínica à qual corresponde o estágio

propriamente dito, e uma vertente de investigação, à qual corresponde o desenvolvimento do PIS e a aplicação da metodologia de projeto ao mesmo.

O desenvolvimento e aquisição das competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória não teria sido possível sem o aporte teórico dos semestres anteriores do Curso de MEPO. Cada UC trouxe novas questões e novos conhecimentos, essenciais à prática clínica num contexto tão específico como o BO.

1.1. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

A demonstração de conhecimentos e a capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação, foi uma competência desenvolvida e adquirida ao longo do Curso de MEPO.

O desenvolvimento desta competência foi promovido pelo corpo docente do Curso de MEPO desde o início, quer através dos trabalhos de pesquisa, dos quais podemos destacar o “Dossier Temático” realizado no 1º semestre, trabalho este que fomentou a pesquisa de inúmeros artigos e análise crítica e reflexiva dos mesmos, quer através da UC “Investigação” em que os conteúdos programáticos incluíram a Prática Baseada na Evidência (PBE), os métodos de tratamento de informação e a metodologia de projeto.

A PBE assume-se como um aspeto cada vez mais importante na prática diária. A Enfermagem baseada na evidência é definida como “*o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência*” (GALVÃO, SAWADA & ROSSI, 2002, p. 692) para a tomada de decisão no que diz respeito à prestação de cuidados.

Como o próprio nome indica, a PBE permite a prestação de cuidados baseados na evidência científica, e facilita a tomada de decisão.

“Praticar com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional” (SACKETT *et al.*, 2003, cit. por CRUZ & PIMENTA, 2005, p. 416).

Os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de MEPO permitiram uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem Perioperatória. De facto, esta aquisição de conhecimentos teve um impacto bastante positivo na prática diária da profissão, na medida em que se adotaram diferentes comportamentos e atitudes, benéficos para o cuidado do utente cirúrgico, que não eram tidos anteriormente por desconhecimento ou falta de informação.

“(…) a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a

questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006, p. 1).

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento e aquisição desta competência, importa referir a realização do PIS. Para a realização deste projeto aplicou-se a metodologia de projeto: após a formulação de um problema realizou-se uma pesquisa bibliográfica relacionada com o mesmo e, analisou-se e selecionou-se a literatura pertinente. Em seguida estabeleceram-se as prioridades e planearam-se as intervenções para a resolução do problema identificado. A aplicação desta metodologia permitiu melhorar as capacidades de planeamento e de resolução de problemas.

Também a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e não familiares foi uma competência trabalhada ao longo do Curso de MEPO.

Como refere Nunes (2006), a tomada de decisões faz parte da rotina diária. Muitas vezes estas decisões são tomadas quase que instintivamente, sem grandes análises... *“Situações simples, habituais, não levantam dúvidas. Mas quanto menos familiares (...) forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão”* (NUNES, 2006, pp. 6-7).

Face ao desconhecido, *“a uma situação nova (ou inesperada) em que se exige uma decisão, somos desafiados (...) a refletir no que estamos a fazer e temos de explicar os motivos que nos levaram a agir (ou não) de determinada forma”* (NUNES, 2006, p. 7).

Posto isto, voltamos então à importância da PBE. Possuir um corpo de conhecimentos na área da Enfermagem Perioperatória, estar a par da evidência publicada, reconhecer a importância de estudar constantemente e atualizar os conhecimentos, são os primeiros passos para facilitar a tomada de decisão perante uma situação nova ou não familiar.

Neste sentido o Curso de MEPO foi um excelente veículo de informação e enriquecimento pessoal, na medida em que os conteúdos programáticos do presente Curso de MEPO abordaram questões práticas e complexas que ocorrem frequentemente em BO. O facto de possuir alguma preparação teórica permite uma resposta mais rápida e eficaz nas referidas situações novas e não familiares.

A integração de conhecimentos para lidar com questões complexas e desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das decisões e das ações foi outra das competências desenvolvidas. A previsão destas consequências, inerentes a qualquer decisão e/ou ação, era sem dúvida um aspeto em que existia ainda algum desconhecimento/falta de informação, e em que este curso de mestrado foi bastante

enriquecedor, neste caso em específico através da UC “Filosofia e Bases Teóricas de Enfermagem Perioperatória” na qual foram abordadas questões importantes como o Direito em Enfermagem.

A comunicação de conclusões e dos conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de forma clara e sem ambiguidades, quer a especialistas, quer a não especialistas, foi também uma competência desenvolvida. Na Enfermagem a comunicação assume-se como um aspeto de extrema importância. Na prática clínica é a comunicação que permite a continuidade dos cuidados, daí serem tão importantes os registos de Enfermagem e as passagens de turno. Para o bem maior do utente.

Além da importância da comunicação em contexto clínico, esta também se assume de extrema importância em contexto de investigação. É a comunicação dos resultados que permite a melhoria da prática, da prestação de cuidados. No âmbito da comunicação em contexto de investigação importa referir a produção de documentos orientadores para a integração dos novos enfermeiros no BO, bem como a elaboração de documentos de divulgação de resultados (*poster* e artigo) resultantes do PIS realizado.

Por fim, também a demonstração da capacidade que permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da Enfermagem Perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo foi trabalhada e desenvolvida.

No domínio do desenvolvimento profissional do “Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais” a OE reconhece como competências do enfermeiro a sua própria valorização profissional, o seu contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e o desenvolvimento de processos de formação contínua, sendo que o enfermeiro deve adotar uma atitude reflexiva acerca das “*suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas*” (OE, 2011, p. 23).

A procura, candidatura e frequência deste curso de mestrado demonstrou uma atitude reflexiva sobre as necessidades de formação individual, pelo que se demonstrou assim uma capacidade que permite a referida aprendizagem ao longo da vida profissional.

Devido às constantes alterações tecnológicas num ambiente tão específico como o BO, ao aparecimento constante de novas doenças e epidemias, aos inúmeros conhecimentos ainda por adquirir, entre muitos outros fatores, a necessidade de formação será sempre uma constante. O Curso de MEPO foi apenas o início do percurso.

2. CONTEXTO CLÍNICO

De acordo com Silva e Silva (2004), no currículo dos cursos superiores de Enfermagem existem estágios que têm lugar em instituições de saúde ou na comunidade, e que se revestem de grande importância no sentido em que proporcionam aos estudantes o desenvolvimento de capacidades para a prática da Enfermagem.

Na perspetiva de Martin (1991 cit. por SILVA & SILVA, 2004) o estágio corresponde a um período de tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o estudante num contexto de trabalho real.

“Os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias” (VASCONCELOS, 1992, cit. por SILVA & SILVA, 2004, p. 103).

No que diz respeito ao ensino da Enfermagem, a formação em contexto clínico é uma mais-valia curricular e deve:

“(…) conter em si uma fonte de saberes que satisfaça as necessidades da organização onde decorre a formação, dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e/ou comunidade), pelo que deve ser entendida numa tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão operativa/técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional) conseguindo uma articulação transversal e de carácter evolutivo” (MIRANDA, 2010, cit. por CORDEIRO, 2013, p. 34).

Em contexto de estágio adquirem-se uma série de competências, como:

“(…) o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Só com plena interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo” (SILVA & SILVA, 2004, p. 103).

Em seguida procede-se à caracterização física e funcional do local de estágio, bem como a uma análise crítica e reflexiva da aprendizagem clínica ao longo deste período.

2.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DO LOCAL DE ESTÁGIO

O contexto de estágio escolhido foi o BO de uma instituição privada da região Sul de Portugal, sendo esta a mesma em que são exercidas funções laborais.

O serviço funciona durante os dias úteis das 08:00 às 22:00 horas, sendo que fora deste horário de trabalho existe uma equipa de prevenção constituída por 3 enfermeiros, que é ativada se necessário.

Este serviço tem diversas especialidades cirúrgicas, nomeadamente: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia plástica e reconstrutiva estética, cirurgia maxilofacial, neurocirurgia, ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia e, mais recentemente, cirurgia cardiotorácica. Este BO funciona com cirurgia programada, cirurgia de ambulatório (embora não possua as estruturas físicas que caracterizam as Unidades de Cirurgia Ambulatória) e cirurgia de urgência (de acordo com os recursos disponíveis no hospital).

Apesar de se realizarem cirurgias de urgência, estas são pouco frequentes, sendo o grande volume de cirurgias desta instituição composto por cirurgias eletivas. A programação destas cirurgias é realizada semanalmente.

No que diz respeito à composição infraestrutural do serviço, este é composto por vestiários femininos e masculinos, através dos quais se realiza a entrada no serviço. Estes vestiários dão acesso a um corredor que se caracteriza como área livre (podendo a circulação de pessoas ser feita com roupa de exterior), e no qual se situam o gabinete de Enfermagem, o secretariado do BO e a copa. Este corredor dá acesso à área semi-restrita do BO. Não existe qualquer barreira física nesta transição, mas existe no chão uma linha vermelha cujo objetivo é alertar os profissionais para a diferenciação destas duas áreas. A partir desta linha vermelha entra-se então na área semi-restrita, onde é obrigatório o uso de roupa de circulação e calçado adequados, e touca ou barrete, que cubra os cabelos na sua totalidade.

A área semi-restrita é composta por uma zona de limpos, onde é colocado o material esterilizado e os instrumentais provenientes do Serviço Central de Esterilização (SCE) necessários às cirurgias, e por uma zona de sujos, por onde são evacuados os lixos e os materiais contaminados em contentores próprios e devidamente selados. Estas zonas estão devidamente diferenciadas e podem ser acedidas pelo corredor externo ao BO, que

se considera área livre, para a entrada de materiais limpos, ou saída de lixos e materiais contaminados, e pela área semi-restrita, pelo pessoal com roupa de circulação e calçado adequados.

Ainda na área semi-restrita podemos encontrar um armazém onde se armazena parte do material esterilizado (os mais comumente utilizados, sendo que o restante é armazenado no SCE juntamente com as caixas de instrumental cirúrgico) e descartável, uma pequena arrecadação, a farmácia e o gabinete dos médicos.

Esta área dá acesso às quatro salas operatórias que constituem este serviço, bem como à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). É também nesta área que se localiza a zona de desinfecção cirúrgica dos profissionais, comum às várias salas operatórias.

A cada uma das salas operatórias está alocada uma pequena divisão, onde são armazenados diferentes equipamentos (como as torres de vídeo-cirurgia, diferentes apoios para as marquesas operatórias, garrotes elétricos, electrocautérios, consolas de motores de ortopedia, entre muitos outros). Cada sala possui o seu próprio ventilador, sendo que o serviço dispõe ainda de um ventilador de urgência para o caso de algum dos ventiladores das salas se encontrar inoperacional, e de um ventilador portátil localizado na UCPA.

A UCPA é constituída por uma sala única com capacidade para 5 utentes, sendo que uma destas vagas se destina a utentes instáveis do ponto de vista hemodinâmico e/ou ventilatório. É nesta unidade que se encontra o carro de urgência do serviço.

A entrada e saída dos utentes realiza-se também na área semi-restrita. Existe uma porta específica para a entrada dos mesmos e uma específica para a sua saída. Não existindo uma área de transferência, as camas provenientes do internamento seguem até à sala operatória, pelo que cabe aos profissionais terem o cuidado de não abrir nem manipular material esterilizado aquando da presença das camas na sala operatória (até à transferência do utente para a marquesa operatória).

De acordo com as recomendações técnicas para o BO da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o corredor único que constitui o serviço, não é adequado para o circuito de materiais, utentes e profissionais. Apesar desta limitação infraestrutural a maioria dos profissionais está sensibilizado para a importância de diferenciar os circuitos, e apesar das limitações, procura evitar ao máximo o cruzamento de materiais e de utentes.

Se por um lado existe esta limitação estrutural, de difícil resolução devido às limitações arquitetónicas da construção base do edifício, por outro importa referir um aspeto em que o serviço está bastante favorecido. Sendo o BO o principal, ou um dos principais consumidores de material esterilizado, bem como o serviço que mais material envia para reprocessar, a proximidade com o SCE é necessária, e, neste caso em

específico, o SCE situa-se no mesmo piso do BO a escassos metros de distância. Esta proximidade entre os dois serviços minimiza o percurso dos diferentes materiais consumidos no BO, o que reduz o risco de dano das embalagens de dispositivos médicos esterilizados, garantindo a sua integridade e esterilidade.

O BO tem também proximidade vertical com os serviços de Internamento e Atendimento Médico Permanente.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por diversos anestesistas e cirurgiões, de entre os quais existe um diretor clínico e uma anestesista coordenadora, por dois enfermeiros responsáveis pelo BO e pelo SCE, e por auxiliares de ação médica e enfermeiros.

O corpo de Enfermagem do serviço conta com uma equipa fixa (com vínculo de contrato a termo ou por tempo indeterminado à instituição) e uma equipa de prestadores (em regime de prestação de serviços), para o reforço da equipa nos dias em que há maior volume de cirurgias.

2.2. APRENDIZAGEM CLÍNICA: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

O contexto perioperatório é um contexto muito específico, que envolve diversos riscos quer para os profissionais que aqui trabalham, quer para os utentes que aqui são cuidados. Assim, é necessária uma qualificação adequada do pessoal, de modo a diminuir estes riscos ao máximo e proporcionar ao utente cuidados com a máxima segurança.

No que diz respeito à escolha do contexto de estágio, é importante referir que se tratou de uma escolha com vantagens e desvantagens. Como principal vantagem destaca-se o facto de, por ser o mesmo local em que se exercem funções laborais, se tratar de um ambiente já familiar, não tendo sido necessário um período de adaptação ao contexto clínico. Como desvantagem podem-se referir alguns turnos em que devido ao ritmo de trabalho, os períodos de estágio, em vez de se constituírem como períodos de observação e aprendizagem, acabaram por se constituir como períodos de trabalho normal.

Apesar dos constrangimentos, o período de estágio constituiu-se como um período de aprendizagem. Os conhecimentos teóricos previamente adquiridos no curso de MEPO foram essenciais à melhoria da prática diária da profissão, quer em contexto de estágio, quer em contexto laboral.

A componente teórica deste curso abordou a questão da segurança e a sua importância, sensibilizando os mestrandos para os riscos presentes no contexto perioperatório. Esta sensibilização possibilitou a identificação de riscos e a sua prevenção,

assegurando assim a segurança do utente. Por exemplo, a consciencialização para o risco de hipotermia no BO levou a que se atentasse mais à temperatura das salas operatórias e à promoção do aquecimento corporal, sempre que possível desde a entrada do utente no serviço. Assim, a sensibilização para o risco de hipotermia refletiu-se na prestação de cuidados e o aquecimento do utente assumiu-se como um aspeto de extrema importância.

Outro risco abordado ao longo deste percurso formativo, foi o risco de lesões perioperatórias resultantes dos posicionamentos cirúrgicos. A formação relativa a este tipo de posicionamentos permitiu a compreensão dos riscos do posicionamento cirúrgico e dos seus efeitos quando este não é o mais correto e permitiu também a identificação dos mecanismos de lesão como a pressão, a fricção e as forças de cisalhamento. Esta consciencialização traduziu-se numa atenção redobrada aquando dos posicionamentos cirúrgicos e na correção de alguns erros frequentes que eram cometidos por desconhecimento do risco que representavam.

Apesar da consciencialização para os riscos a que o utente está exposto, não basta haver um elemento da equipa que alerte para a sua importância. No contexto perioperatório trabalha-se em equipa e muitas vezes parte dos elementos da equipa multidisciplinar desvalorizam certos aspetos relacionados com a segurança do utente. Neste sentido deveriam existir formações dirigidas não só aos enfermeiros, mas a toda a equipa multidisciplinar. Isto porque, no que diz respeito à segurança do utente, é importante que toda a equipa preste cuidados de uma forma coordenada e adequada.

Nunes (s.d.) refere que no passado o cirurgião era considerado o responsável técnico e legal pelo trabalho de toda a equipa. Atualmente esta ideia está completamente errada. Como refere a autora:

“(...) não obstante o cirurgião ser o responsável técnico pelo tratamento dos doentes, pela cirurgia, cada profissional é responsável pelo exercício do seu trabalho. Muito mais tratando-se de profissões auto-reguladas, como é o caso de Enfermagem e da Medicina. E tem igual dignidade, bem como o dever de «trabalhar em articulação e complementaridade», para o objetivo comum” (NUNES, s.d., p.10).

A componente teórica do 1º Curso de MEPO abordou também aspetos como o consentimento informado e a lista de verificação da segurança cirúrgica.

No que diz respeito ao consentimento informado, este é verificado pelo enfermeiro aquando a chegada do utente cirúrgico ao BO. Regra geral este documento está sempre assinado, mesmo na cirurgia não programada. No que diz respeito a este documento existe

a apontar um aspeto que poderia ser alvo de melhoria: o consentimento informado apenas diz respeito ao ato cirúrgico, sendo que não existe qualquer alusão ao ato anestésico.

Quanto à lista de verificação da segurança cirúrgica, existe um cuidado por parte da equipa multidisciplinar em confirmar aspetos como a identidade do utente, o local da cirurgia, a lateralidade da mesma quando aplicável e a existência ou não de alergias. No que diz respeito aos restantes parâmetros que compõem a lista de verificação da segurança cirúrgica, muitas vezes acabam por ser desvalorizados, existindo ainda alguns cirurgiões que desvalorizam a importância das questões colocadas pelo enfermeiro em voz alta.

A realização do presente estágio possibilitou uma breve passagem pelo SCE da instituição, o que se constituiu como um excelente momento de aprendizagem. Apesar do pouco tempo passado neste serviço, a possibilidade de realizar uma visita ao mesmo guiada quer pelo enfermeiro responsável de serviço, quer pelo enfermeiro orientador de estágio, constituiu-se como um momento de formação de extrema importância. Também a possibilidade de realização de turnos neste serviço se constituiu como uma mais-valia, na medida em que possibilitou o manuseio de instrumentos cirúrgicos, o contacto com diferentes instrumentais, a observação do processo de esterilização dos mesmos e o acompanhamento de todo o seu percurso, desde a entrada no SCE à expedição para o BO. Permitiu também um contacto com os indicadores químicos ainda antes de serem submetidos ao processo de esterilização, contribuindo para a identificação de eventuais problemas com este processo.

De um modo geral o estágio foi bastante positivo, na medida em que permitiu a aquisição e consolidação de conhecimentos. Esta aprendizagem não teria sido possível sem o apoio e dedicação dos diferentes profissionais envolvidos.

No início do presente estágio criou-se um documento com os “Objetivos de Estágio” (Apêndice I), no qual se apresentavam os objetivos pessoais para este período de aprendizagem, bem como as ações a realizar para atingir cada um destes objetivos.

De seguida, abordam-se os objetivos inicialmente definidos. Para cada um destes objetivos, realiza-se uma breve fundamentação teórica e a respetiva análise crítica com vista a compreender se estes foram atingidos, parcialmente atingidos ou não atingidos.

2.2.1. COMPREENDER A ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DO BLOCO OPERATÓRIO

De acordo com dados consultados por Bilbao (2012), numa organização hospitalar mais de 60% dos processos são cirúrgicos e ocorrem, em média, 3 a 4 intervenções diárias por sala operatória. Menos de 10% das urgências atendidas requerem cirurgia, mais de 40% das provas de diagnóstico são motivadas pelo processo cirúrgico e 3% das consultas

externas estão também relacionadas com o processo cirúrgico. O BO é então uma organização complexa e completa, onde decorrem atividades altamente especializadas e onde são necessários diversos recursos: humanos, materiais, tecnológicos, económicos e temporais (BILBAO, 2012).

A prossecução deste primeiro objetivo foi facilitada na medida em que já existia um conhecimento prévio do serviço, consequentemente a compreensão da sua organização e dinâmica foi facilmente atingida. Para a prossecução do presente objetivo, tinham sido inicialmente definidas algumas ações a realizar. Infelizmente, pela dificuldade em gerir os períodos de estágio com os de trabalho, não foi realizada a visita ao serviço de internamento, nem o acolhimento do utente cirúrgico e sua preparação pré-operatória. Assim, considera-se o presente objetivo como parcialmente atingido.

2.2.2. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS PARA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES NAS DIFERENTES VERTENTES DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Carvalho e Abreu (s.d.) referem que o cuidar é a base de todo o processo de Enfermagem. “Cuidar” e “tratar”, são, de acordo com os autores, dois conceitos diferentes, embora se complementem entre si. Pacheco (2002, cit. por CARVALHO & ABREU, s.d.) define-nos “cuidar”, como um ato que abrange a prestação atenciosa e continuada a uma pessoa, considerando-a no seu todo, realçando desta maneira o seu direito à dignidade. Por seu lado “tratar” define a prestação de cuidados, técnicos e específicos, cujo objetivo final é a cura da patologia.

De acordo com Cadete (2000, cit. por CABRAL, 2004), o enfermeiro perioperatório tem a seu cargo a prestação de cuidados de Enfermagem ao utente cirúrgico. O termo “perioperatório” é utilizado como uma expressão genérica que diz respeito às fases que integram a experiência cirúrgica do utente: os períodos pré, intra e pós-operatório.

Durante a sua prestação de cuidados o enfermeiro perioperatório tem a oportunidade de preparar o utente e a família para o ato anestésico-cirúrgico, providenciar conforto e apoio aos diferentes níveis, tanto ao utente, como à família e utilizar metodologia científica através da resolução de problemas, providenciando e garantindo a total segurança do utente (CABRAL, 2004).

Ao longo do presente estágio houve oportunidade de desempenhar funções nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória (com exceção da UCPA), no entanto pelas poucas oportunidades tidas para a vertente da instrumentação, considera-se o presente objetivo como parcialmente atingido.

Em seguida abordam-se as diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória e as diferentes aprendizagens ao longo do período de estágio em cada uma destas vertentes.

2.2.2.1. Enfermeiro de Anestesia

No que diz respeito à vertente de anestesia, é importante referir que esta era uma área com a qual já estava bastante familiarizada, pelo que em período de estágio poucos foram os turnos realizados nesta vertente da Enfermagem Perioperatória.

Ainda assim houve oportunidade de observar e presenciar diferentes experiências, com particular destaque para a observação de uma cirurgia da carótida, em que o anestesista utilizou diferentes fármacos para controlar a tensão arterial do utente de acordo com as diferentes fases da cirurgia. Este constituiu-se como um excelente momento de aprendizagem e permitiu compreender a grande cumplicidade entre anestesista e cirurgião e a necessidade de um bom trabalho de equipa entre ambos.

Também merecem destaque a participação no 3º encontro de Cardiologia da instituição em que decorreu o estágio (Anexo I), dia 05 de Dezembro 2013, e a realização do curso de SAV (Anexo II), dias 08 e 09 de Março 2014.

Estas duas experiências contribuíram bastante para a aquisição e consolidação de conhecimentos quer no que diz respeito a determinados mecanismos fisiológicos, quer no que diz respeito a determinados conceitos farmacológicos.

O 3º encontro de Cardiologia da instituição em que decorreu o estágio permitiu a revisão de conceitos e incidiu maioritariamente sobre os traçados electrocardiográficos e a identificação das principais arritmias cardíacas.

Por seu lado, o curso de SAV constituiu-se como um momento de aprendizagem de extrema importância na medida em que ter os conhecimentos teóricos necessários para atuar em situações de emergência é fundamental para uma resposta rápida e eficaz perante estas.

Este curso permitiu a revisão de conceitos e a atualização de conhecimentos. Foi um curso com uma carga horária de 16 horas, composto por uma componente teórica e uma componente prática. Destacam-se, das diferentes temáticas lecionadas, a abordagem da via aérea, a utilização de alguns fármacos de urgência e a utilização do aparelho de desfibrilhação.

A componente prática incluiu a entubação oro-traqueal. Embora se trate de um ato médico, a sua prática permitiu uma melhor compreensão das eventuais dificuldades sentidas pelos anestesistas, o que possibilita uma melhor resposta às necessidades dos mesmos aquando de uma via aérea difícil/entubação difícil.

2.2.2.2. Enfermeiro Circulante

Foi, sem dúvida alguma, na vertente da circulação que este estágio permitiu uma maior aquisição de conhecimentos. No que diz respeito a esta vertente da Enfermagem Perioperatória, este estágio possibilitou o contacto com alguns instrumentos cirúrgicos e permitiu a aprendizagem dos materiais necessários para as diferentes cirurgias (sobretudo no que diz respeito à especialidade de cirurgia geral).

Pode-se dizer que o estágio se constituiu como momento de aprendizagem desta vertente da Enfermagem Perioperatória verdadeiramente importante. Foi nos períodos de estágio que surgiu a oportunidade de aprender a manusear determinados equipamentos, a distinguir determinados instrumentos cirúrgicos, realizar os devidos registos... Considera-se que, no que diz respeito à vertente da circulação, existiu uma curva de aprendizagem bastante positiva.

Destaca-se também aqui, a já referida visita ao SCE, que permitiu a observação dos diferentes indicadores de esterilização, ressaltando-se os indicadores químicos que acompanham os instrumentos e cujo conhecimento poderá evitar situações de desperdício futuras (como o pedir o reprocessamento de um instrumental por falta de um indicador químico, sem observar se os restantes indicadores comprovam ou não a esterilidade do instrumental por desconhecimento dos mesmos).

Apesar das dificuldades inicialmente sentidas (quer por desconhecimento dos materiais, quer por desconhecimento das necessidades dos cirurgiões e das cirurgias), todos os turnos realizados na vertente perioperatória da circulação permitiram uma melhor compreensão do processo cirúrgico, a antecipação de alguns passos de modo a transmitir um maior apoio ao enfermeiro instrumentista e a preparação do material para as cirurgias de um modo mais autónomo.

Houve também oportunidade de contactar com algum material que habitualmente não é levado para a sala operatória mas que pode vir a ser utilizado em situações de urgência. Conhecer a sua localização e a sua função foi de extrema importância.

2.2.2.3. Enfermeiro Instrumentista

No que diz respeito à vertente perioperatória da instrumentação, o presente estágio permitiu a aquisição de alguns conhecimentos básicos, como a lavagem cirúrgica das mãos, a paramentação cirúrgica, a distinção das diferentes fases cirúrgicas (diérese, hemostasia, exérese e síntese) e a manipulação de alguns instrumentos cirúrgicos.

Ainda no que diz respeito a esta vertente da Enfermagem Perioperatória, a realização deste estágio possibilitou a observação da montagem da mesa cirúrgica e a manipulação de alguns instrumentos cirúrgicos. Esta experiência permitiu compreender

melhor a importância do papel do enfermeiro circulante. De facto, durante o ato cirúrgico, o enfermeiro instrumentista encontra-se numa situação de dependência muito grande em relação ao enfermeiro circulante, posição de dependência esta, cuja compreensão só é possível após o desempenho de funções como instrumentista.

A experiência permitiu também compreender melhor a importância dos conhecimentos teóricos e a necessidade de conhecer não só os diferentes instrumentos cirúrgicos e suas funções, mas também as diferentes fases da cirurgia e eventuais complicações (pois só o conhecimento das mesmas permitirá uma resposta adequada por parte do enfermeiro instrumentista, caso estas ocorram).

2.2.2.4. Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

No que diz respeito ao desempenho de funções na UCPA, por se tratar de uma vertente da Enfermagem Perioperatória em que já existe uma prática frequente em contexto de trabalho, optou-se pela não realização de turnos nesta unidade durante os períodos de estágio.

2.2.3. APERFEIÇOAR A CAPACIDADE RELACIONAL COM O UTENTE CIRÚRGICO E FAMÍLIA PARA UMA MELHOR PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Como refere Jean Watson:

“Os enfermeiros não servem apenas para prestar cuidados clínicos. Existe uma diferença entre o trabalho dos médicos e o dos enfermeiros e cabe a estes últimos lidar individualmente com cada doente, incorporar o conceito de sofrimento e proporcionar-lhes momentos de afeto. É preciso humanizar o trabalho” (WATSON, 2007, cit. por RATO, 2007).

De acordo com Rogers (1980, cit. por SIMÕES, FONSECA, & BELO, 2006), a relação de ajuda é uma relação não-diretiva, colaborativa, assente em princípios de valorização da pessoa e da crença nas suas potencialidades para resolver de forma autónoma os seus problemas. Sendo uma das dimensões do cuidar em Enfermagem, a relação de ajuda, implica um grande empenho por parte do enfermeiro.

De acordo com Queirós (1999, cit. por MELO, 2005), para que o enfermeiro consiga integrar na sua prática do cuidar em Enfermagem a relação de ajuda de modo afetivo, é necessário desenvolver as suas capacidades intelectuais, físicas, afetivas, sociais e espirituais. Assim, o enfermeiro deve estar recetivo àqueles que ajuda e com quem se relaciona, e deve estar desperto para as suas reações e sentimentos.

A relação de ajuda deve estar presente em todos os cuidados de Enfermagem. O enfermeiro pode ser extremamente competente a nível teórico-prático, no entanto, se não estabelecer uma boa relação terapêutica com os utentes, nunca prestará cuidados de Enfermagem de excelência, uma vez que estes cuidados visam o “cuidar” da pessoa em todos os seus níveis. A relação depende de vários fatores: do enfermeiro, do utente, da sua condição clínica, do ambiente envolvente, dos estados de espírito de cada um...

Ao longo do período de estágio, por ter existido acompanhamento por parte de outros enfermeiros e, conseqüentemente, um maior alívio na carga de trabalho normal, houve uma maior disponibilidade para o diálogo com o utente cirúrgico, tendo, de facto, surgido a oportunidade para trabalhar a vertente relacional. Assim, o presente objetivo considera-se atingido.

2.2.4. REDUZIR AO MÁXIMO OS RISCOS PARA O UTENTE CIRÚRGICO ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS NA ÁREA DA GESTÃO DO RISCO E SEGURANÇA EM BLOCO OPERATÓRIO

“É do mais elementar senso comum a constatação de que a pessoa, inconsciente, anestesiada, fica totalmente entregue, à mercê da ação dos profissionais” (NUNES, s.d., p. 14).

Nunes (s.d.) refere que esta situação de vulnerabilidade reforça o dever quer de proteção, quer de cuidado, para com o utente, pois este não poderá tomar conta de si mesmo, assegurar os seus direitos, ou proteger-se.

Nocite (1987 cit. por POPOV & PENICHE, 2009) refere que a preocupação com a segurança do utente cirúrgico é anterior à descoberta da anestesia em 1801. Em Newcastle, por exemplo, já existia nesta altura um local anexo às salas de operações destinado à observação dos utentes submetidos a cirurgia.

Nos últimos anos a segurança dos utentes no BO tem sido alvo de destaque nas discussões do cuidado aos mesmos e nos processos envolventes. Pela sua complexidade, o BO merece um olhar diferenciado no que diz respeito ao cuidado ao utente (LIMA, SOUSA, & CUNHA, 2013).

Sendo o BO um serviço tão específico, onde as atividades desenvolvidas são diferenciadas e complexas, é importante compreender que o risco existe e que deve ser minimizado ao máximo, garantindo a segurança do utente.

No que diz respeito à área da segurança e gestão do risco em BO, os conteúdos programáticos do 1º Curso de MEPO revelaram-se fundamentais, na medida em que foram estes conteúdos que contribuíram para a efetiva consciencialização da presença constante

do risco (não só para o utente, mas também para os próprios profissionais), e da importância de agir em conformidade para a sua minimização.

É graças aos conhecimentos teóricos adquiridos com estes conteúdos programáticos que se pode dar este objetivo por atingido.

2.2.5. APLICAR A METODOLOGIA DE PROJETO NO DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O principal objetivo da metodologia de projeto é a resolução de problemas. Trata-se de uma *“metodologia ligada à investigação, associada a uma certa perspetiva de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz de problemas”* (ESS – IPS, 2013, p. 6).

Ainda de acordo com o roteiro normativo do relatório de estágio supracitado, enquanto atividade intencional, a metodologia de projeto pressupõe objetivos formulados pelo executor do projeto, ou apropriados pelo mesmo. São estes objetivos que dão sentido ao desenvolvimento de atividades. A metodologia de projeto envolve complexidade e incerteza, possui um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo diversas fases, desde a formulação dos objetivos à apresentação dos resultados. Esta metodologia pressupõe iniciativa e autonomia dos que a realizam.

À aplicação da metodologia de projeto surgiram alguns obstáculos como, por exemplo a dificuldade em obter respostas de todos os elementos do serviço ao questionário distribuído e a demora na obtenção das mesmas.

Apesar das dificuldades, esta metodologia foi aplicada e foi desenvolvido um PIS que resultou na revisão da norma de serviço relativa ao processo de integração dos novos enfermeiros e na elaboração de um programa de integração, que se julga adequado à realidade do serviço, e respetiva avaliação. Importa referir que se trata de um programa de integração tipo, ou seja, o documento criado é um documento orientador, que, como referido, tem em consideração as necessidades do serviço, mas que está sujeito a alterações consoante as necessidades individuais de cada novo elemento. Foi também realizado um guia de acolhimento destinado aos novos elementos do serviço.

Os resultados de implementação deste PIS não foram avaliados visto que é necessária a admissão de novos elementos no serviço para a realização da referida avaliação. Apesar de se desconhecerem os resultados de implementação, espera-se que o projeto desenvolvido se constitua como uma ferramenta facilitadora do processo de integração dos novos elementos no serviço em questão.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No âmbito da UC “Projeto/Estágio”, como o próprio nome indica, além do estágio objetivou-se a realização de um PIS e a aplicação da metodologia de projeto para a realização do mesmo.

Assim, em contexto de estágio procedeu-se à identificação de um problema passível de resolução. Este prendeu-se com a problemática da integração dos novos enfermeiros no BO onde teve lugar o estágio.

De acordo com a tomada de posição da OE (2006) acerca da investigação em Enfermagem, um dos eixos prioritários de investigação em Enfermagem prende-se com a “Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências”. Este eixo engloba:

“Estudos na área da Formação e Educação em Enfermagem e aquisição de competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com particular incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica” (OE, 2006, p. 4).

Macedo (2012) refere o processo de integração de enfermeiros nos serviços, como um processo particularmente importante, independentemente de se tratar de um enfermeiro prestes a iniciar a sua vida profissional, ou de um enfermeiro já com experiência profissional noutros contextos. A mesma autora refere a integração dos enfermeiros nos serviços como um processo que resulta no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Assim, o processo de integração de um enfermeiro num serviço corresponde a um processo de formação. Partindo deste pressuposto, podemos afirmar que a problemática do PIS se enquadra neste eixo prioritário de investigação em Enfermagem que é a “Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências”.

De seguida procede-se a um enquadramento teórico relacionado com a problemática da integração dos enfermeiros em BO e, posteriormente à aplicação da metodologia de projeto ao PIS.

3.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No “*decorrer de uma investigação o contexto teórico é o elemento que orienta o caminho a seguir*” (GARCÍA, 1998, cit. por SILVA, J., 2013, p. 13). A mesma fonte refere que este corresponde a um momento de reflexão que permite enquadrar o assunto em estudo dentro das teorias existentes.

3.1.1. ENFERMAGEM: AUTONOMIA E SABER PROFISSIONAL

Ao longo do tempo e da evolução da Enfermagem enquanto profissão, a autonomia profissional tem, de acordo com Gomes e Oliveira (2005), sido um tema de extrema importância no que diz respeito quer à compreensão da profissão, quer à definição dos seus desafios e objetivos, quer ao modo como os profissionais de Enfermagem se relacionam e se apresentam às equipas multidisciplinares e à sociedade em geral.

A autonomia pode-se definir como a faculdade de se governar, a liberdade e/ou independência moral e intelectual ou ainda a propriedade pela qual o ser humano pode escolher as leis que regem a sua conduta (FERREIRA, 1986, cit. por GOMES & OLIVEIRA, 2005).

O dicionário etimológico de termos médicos remete-nos à origem da palavra: do grego antigo αὐτονομία, deriva das palavras “autos” que significa “próprio”, ou “de si mesmo”, e “nómos” que significa “nomes”, podendo no entanto traduzir-se por “normas, regras, leis”. Ou seja, a capacidade que um indivíduo tem de tomar decisões por si mesmo.

No dicionário Enciclopédico de Língua Portuguesa autonomia define-se como “*a faculdade de se governar pelas suas próprias leis, ou de dirigir-se segundo a sua própria vontade*” (Seleções do *Reader's Digest*, 1992, p.120).

Quando falamos em autonomia podemos distinguir a autonomia da profissão, que se rege por princípios e leis próprias, e a autonomia profissional do enfermeiro, que além de pertencer a uma profissão autónoma, tem o dever de atuar de um modo autónomo, baseando a sua prática nas informações disponíveis e nos conhecimentos que possui da situação.

Gomes e Oliveira (2005), referem que a construção teórica acerca da autonomia da profissão, tem sido mais frequentemente utilizada ao redor da relação Enfermagem-Medicina (em particular a hegemonia da classe médica em relação à da classe de Enfermagem), no entanto “*o conceito de autonomia não se esgota nos conflitos vivenciados*

na interioridade da equipe de saúde, (...), mas constitui-se a partir da delimitação consistente do que é próprio da Enfermagem” (GOMES & OLIVEIRA, 2005, p. 146).

Como refere Ribeiro (2009), a autonomia de uma profissão não se pode desligar de todas as condicionantes que influenciaram o seu percurso, dos primórdios à atualidade. No entanto o *“(...) delinear do percurso da Enfermagem em Portugal não é tarefa fácil, tanto pela dificuldade de delimitar fronteiras próprias e pelas múltiplas realidades que comporta como pelas referências estrangeiras que a par e passo se desenham no horizonte nacional”* (Nunes, 2003, p. 17).

Para Nunes (2003), o grande marco que conduz a passagem da Enfermagem em Portugal à profissão foi a criação do Curso de Enfermagem. A mesma autora considera como consagração máxima de autonomia na profissão, a última década do século XX, pela publicação do REPE e pelos estatutos da OE, incluindo o Código Deontológico do Enfermeiro.

O primeiro documento visa regulamentar a profissão, *“clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros”* (RIBEIRO, 2009, p. 34). O REPE apresenta as intervenções autónomas de Enfermagem, realizadas sob única e livre responsabilidade do profissional de Enfermagem, que decorrem da elaboração de diagnósticos de Enfermagem, bem como as intervenções interdependentes, *“desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de ação conjunta ou protocolos”* (RIBEIRO, 2009, p. 34).

Já a OE *“é uma associação pública de direito público, constituída por todos os enfermeiros portugueses. Foi criada em 1998, altura em que o Estado devolveu aos enfermeiros poderes para regularem a sua própria profissão”* (OE, 2009, p. 1).

Por fim, o Código Deontológico do Enfermeiro é um enunciado dos deveres profissionais, constituindo-se também como uma marca da autonomia da profissão, pois foram *“os enfermeiros que decidiram acerca deles. (...). A autonomia da profissão está consagrada em instrumentos com forma jurídica e não existe maior autonomia do que (...) a capacidade de determinar-se por leis próprias”* (RIBEIRO, 2009, pp. 34-35).

No campo da autonomia profissional, Hall (1968, cit. por RIBEIRO, 2009) define-a como a liberdade do trabalhador para tomar decisões baseadas nos requisitos do seu trabalho.

“A definição clássica de autonomia profissional, tradicionalmente considerada como o critério máximo do estatuto de uma profissão completa, é uma liberdade com garantia social

e legalmente definida para tomar decisões na sua prática sem avaliações técnicas de fontes fora da profissão” (RIBEIRO, 2009, p. 38).

A autonomia do exercício profissional e o princípio da complementaridade funcional na articulação com os demais profissionais de saúde constituem-se como princípios estruturantes para o exercício da profissão em Portugal e são contemplados pelo n.º 3 do Artigo 8º do REPE.

Como define o Parecer n.º 105/2009 do Conselho Jurisdicional da OE:

“O exercício da profissão de enfermeiro (...) em Portugal desenvolve-se com base num quadro regulador, com dois pilares jurídicos essenciais: O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, que inclui a deontologia profissional de Enfermagem (direitos dos enfermeiros, incompatibilidades e princípios e deveres que integram o Código Deontológico) e altera o REPE em matéria de direitos e deveres” (Conselho Jurisdicional - OE, 2009, p. 1).

A autonomia profissional do enfermeiro exige que este disponha de todo um conjunto de saberes teóricos e práticos. Só com o devido conhecimento é que o enfermeiro pode ser responsável nas suas ações.

De acordo com Clayton, Stock e Cooper (2012), as ações ou intervenções de Enfermagem classificam-se em dependentes, interdependentes e independentes. As intervenções dependentes baseiam-se nas prescrições médicas, mas mesmo sendo dependentes, o enfermeiro é o principal responsável por usar o seu julgamento profissional na sua execução. As interdependentes são as implementadas em cooperação com outros membros da equipa multidisciplinar. Por fim, as intervenções independentes, também denominadas por intervenções autónomas, são normalmente originadas pelos diagnósticos de Enfermagem e descritas no plano de cuidados: são as executadas pelo enfermeiro com base no seu treino e formação e no seu conhecimento.

Para Silva, Padilha e Borenstein (2002), a construção deste conhecimento ou do também denominado saber profissional, constitui-se como um processo dinâmico.

Reboul (1993, cit. por QUEIROZ, 2007) refere que o saber profissional de Enfermagem é um saber de ação, não apenas de execução ou de reprodução de atos. Consiste na capacidade de adaptar a conduta à situação, apelando aos conhecimentos adquiridos. *“Este fazer face às dificuldades imprevistas e poder de improviso lá, num contexto em que outros não fazem senão repetir gestos”* (REBOUL, 1993, cit. por QUEIROZ, 2007, p. 2).

Para Bueno e Queiroz (2006), o cuidar é um processo, um modo de demonstrar o saber-fazer, pois requer um conhecimento científico que qualifica o trabalho do enfermeiro.

Queiroz (2007) refere que se trata de um saber profissional pois é um saber que se assume no âmbito de uma atividade complexa e organizada. Esta atividade é exercida por profissionais que concretizam planos de formação exigentes exclusivos da profissão, e que permitem a integração de conhecimentos provenientes de diversas áreas.

De acordo com Sousa (2013), a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência constitui-se como um desafio importante para qualquer enfermeiro, sendo que o alcance desta excelência está intimamente relacionado com a arte de saber cuidar. No entanto, sabe-se que o exercício de cuidar do outro não é tarefa nem fácil, nem arbitrária, uma vez que exige a coordenação de fatores pessoais, profissionais e institucionais.

“Afirmar o nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, um compromisso profissional e social de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades em matéria de saúde” (QUEIROZ, 2007, p. 4).

Assad e Viana (2003) entendem, a partir da sua própria experiência pessoal, que a formação do profissional de Enfermagem está diretamente relacionada à sua experiência assistencial.

“Os resultados do processo formativo podem ser mais ou menos fecundos, de acordo com a intensidade e fundamentação teórica, que alicerça a reflexão sobre as ações. Quando sistemática, intensa e crítica, facilita avanços no sentido de conhecer a si mesmo e ao ambiente que o cerca, desenvolver o poder de argumentação, a capacidade de equilibrar teoria e prática e, finalmente, intercambiar experiências com a equipe” (ASSAD & VIANA, 2003, p. 44).

As mesmas autoras referem que, neste movimento coexistem o conhecimento teórico e a experiência prática, cuja transação gera conhecimento pessoal, particular e coletivo. Uma vez que cada profissional traz para o ambiente educativo as peculiaridades do seu potencial intelectual, os conhecimentos apreendidos e toda uma bagagem de experiências adquiridas ao longo das suas vivências pessoais e académicas, é compreensível, como referem as autoras, a existência de diferenças no modo como se movimentam e refletem criticamente sobre a diversidade de situações com que se deparam na prática diária.

“A integração do conhecimento pessoal e experiência no trabalho interfere decisivamente nas escolhas relativas aos cuidados a serem prestados (...)” (ASSAD & VIANA, 2003, p. 44).

Assim, e ainda de acordo com estas autoras, o profissional de Enfermagem não constrói os seus conhecimentos somente a partir dos estudos académicos, reconstrói-os sim, na prática diária da profissão a partir dos desafios da realidade. A transformação do saber teórico em prática assistencial constitui-se como a construção de um novo conhecimento e reelabora aprendizagens antigas de acordo com os critérios resultantes do quotidiano assistencial.

“A formação dos estudantes de Enfermagem comporta várias componentes educativas, sendo elas a vertente teórica, teórico-prática e o ensino clínico. O ensino clínico constitui o primeiro impacto do estudante com a prática clínica, iniciando assim o seu processo de socialização como futuro profissional, e como tal é de extrema importância para a sua formação e para o seu desenvolvimento pessoal e profissional” (CUNHA, et al., 2010, p. 272).

Assad e Viana (2003) referem que assim concebido, o trabalho de Enfermagem pode ser visto como princípio educativo a ser explorado num processo de formação profissional permanente. É através da experiência que o profissional de Enfermagem constrói o seu conhecimento. É este processo que, de acordo com as autoras, determinará as suas perceções e interpretações e as direcionará na tomada de decisões, permitindo-lhe enfrentar os problemas da prática diária.

Para Peduzzi (1998, cit. por BACKES, BACKES, SOUSA, & ERDEMANN, 2008) o trabalho em saúde atende a dois aspetos básicos: o primeiro é o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos utentes, o segundo, o de estar em conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores gerais, além de inserir e gerar permanentemente as atividades da equipa multidisciplinar.

“Para dar conta desse trabalho, o enfermeiro necessita inserir-se nos mais variados espaços relacionais e interacionais, seja junto ao paciente seja junto à equipe de saúde, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos para que sejam cuidados de forma humana e integral” (GONÇALVES, 1992, cit. por BACKES, BACKES, SOUSA, & ERDEMANN, 2008, p. 320).

Quando se organiza para realizar uma intervenção, o enfermeiro não se pode abstrair do que a ciência diz acerca das condições da intervenção em questão. No entanto, depois de uma experiência mais longa na prática, o saber acadêmico passa a ocupar um plano secundário, em favor da prática profissional, que se constitui como a primeira referência, na conduta empreendida pelo trabalhador a fim de prestar cuidados e dar continuidade às suas competências (SHÖN, 1992, cit. por ASSAD & VIANA, 2003).

A mesma fonte refere que esta evolução do saber teórico a partir da sua aplicação na prática acontece de um modo progressivo à medida que se avança no ciclo da vida profissional. O profissional recém-licenciado, por exemplo, evidencia um apego mais forte às teorias, técnicas e modelos de cuidados. *“À medida que opera na prática, os saberes teóricos vão sendo resignificados, de tal forma que a sua rotina é reconstruída em novas bases, mais sólidas e consistentes”* (ASSAD & VIANA, 2003, pp. 45-46).

Ainda de acordo com a mesma fonte, nesta movimentação entre saberes teóricos e práticos de Enfermagem, a experiência não significa a mera passagem do tempo, mas representa o refinamento de noções e teorias preconcebidas através do confronto com diversas situações da prática que adicionam nuances à teoria. As decisões tomadas pelo profissional de Enfermagem na prática assistencial desenvolvem-se a partir de uma articulação entre as situações vividas e as teorias apresentadas aos profissionais e que tentam explicar a sua prática.

Deste modo compreende-se que os saberes *“interiorizam-se, automatizam-se e incorporam-se ao que Piaget denomina de «inconsciente prático», tornando-se um hábito”* (ASSAD & VIANA, 2003, pp. 46).

Posto isto, a mesma fonte refere a importância de criar, tanto no contexto formativo como no contexto de trabalho, condições que permitam aos profissionais de Enfermagem desenvolver as suas *“competências a partir da prática, através da prática e para a prática”* (ASSAD & VIANA, 2003, p. 47).

É nesta discussão acerca da autonomia, das competências e do saber profissional, que se enquadra o estudo realizado por Benner (2001).

3.1.2. MODELO DREYFUS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para Benner (2001) a prática de Enfermagem foi estudada, desde o início, de um ponto de vista sociológico. Assim, sabe-se muita coisa sobre o papel das relações, a socialização e a aculturação na prática de Enfermagem. No entanto, pouco se sabe sobre os conhecimentos implícitos na verdadeira prática de Enfermagem, isto é, aquele conhecimento acumulado ao longo do tempo de prática de uma disciplina aplicada.

“A construção do conhecimento é, para qualquer disciplina, uma questão central e nunca suficientemente discutida e estudada. Na Enfermagem é-o por maioria de razão. Primeiro porque se assume como uma jovem disciplina, depois porque se insere num grupo de disciplinas que se podem genericamente designar por disciplinas práticas, por último porque se inscreve na encruzilhada da compreensão e intervenção das manifestações tangíveis e intangíveis dos processos saúde-doença” (LOPES, 2013, p. 26).

A teoria constitui-se como um instrumento de excelência para explicar e predizer, para dar forma às perguntas, permitindo o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos. Nos seus estudos, Benner (2001), refere que os teóricos tentam identificar as condições necessárias e suficientes para que surjam situações reais. Foi através do estabelecimento de ligações entre causa e efeito entre os acontecimentos que os cientistas chegaram ao “saber”. A mesma autora refere filósofos da ciência, como Kuhn (1970) e Polanyi (1958) que estabeleceram diferenças entre “saber” e “saber fazer”. Muitas vezes o ser humano desenvolve numerosas competências ou habilidades, sem um “saber” prévio, sendo por vezes impossível justificar de um modo teórico a habilidade para desenvolver determinada atividade.

“Noutros termos, certos conhecimentos práticos, põem em cheque formulações científicas do tipo «saber». É igualmente possível desenvolver, para além de tais formulações científicas, um «saber fazer» que possa contrabalançar, desafiar e alargar a teoria em vigor. Assim, o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (BENNER, 2001, p. 32).

Benner (2001) refere que a perícia se desenvolve quando, nas situações da prática real, o clínico testa e refina propostas, bem como hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios. A experiência pode ser falada neste sentido, quando noções e expectativas pré-concebidas são postas em causa, corrigidas ou não confirmadas pela situação atual. *“A experiência é por isso necessária para a perícia”* (BENNER, 2001, p. 32).

“A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação de situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da Enfermagem e do desenvolvimento da ciência da Enfermagem” (BENNER, 2001, p. 33).

Na sua obra, Benner (2001), faz referência a Heidegger (1962) e Gadamer (1970), que definem a experiência como uma melhoria das ideias preconcebidas que não são confirmadas pela situação atual. A autora refere que a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo. No entanto, em contexto prático, este conhecimento prévio é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores. Só quando o acontecimento refina, elabora ou invalida este conhecimento prévio, diz a autora, é que merece ser chamado de experiência.

Hesbeen (2001, cit. por PARDAL, 2011) considera que aqueles que exercem funções na área da saúde não podem ser classificados como prestadores de cuidados no imediato, devido à própria natureza da atividade profissional nesta área, que não permite que este estatuto seja adquirido através de uma qualificação ou de uma função, mas que exige, fundamentalmente, um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado na preocupação e respeito pelo outro, pelas ações pensadas e criadas para determinada pessoa e/ou grupo.

De um modo geral, Benner (2001) refere que uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” dos enfermeiros mais experientes, mas que esse conhecimento não pode ser completamente desenvolvido se os profissionais não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem através da sua própria experiência.

A mesma autora entra assim no modelo de aquisição de competências desenvolvido pelo matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e pelo filósofo Hubert Dreyfus em 1980, aplicando-o à prática da Enfermagem. Este modelo, inicialmente desenvolvido através do estudo de jogadores de xadrez e pilotos de aviões, *“estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* (BENNER, 2001, p. 43).

A autora refere estes níveis como reflexos de mudanças, em três aspetos gerais, que se introduzem aquando da aquisição de uma competência, nomeadamente: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a mudança do modo como o formando se apercebe de uma situação e a passagem de observador desligado a executor envolvido.

3.1.2.1. Níveis de evolução do Modelo Dreyfus de competências aplicado à prática de Enfermagem

Para a aplicação do modelo Dreyfus de aquisição de competências à Enfermagem, Benner (2001) realizou um estudo que objetivou constatar e compreender as diferenças de comportamento em matéria de competência clínica e de apreciação de situações, entre iniciados e peritos, conduzindo entrevistas em pares de profissionais que incluíssem um representante de cada uma destas categorias. Nestas entrevistas, a autora comparou relatos de situações, e estabeleceu as principais diferenças entre os relatos da mesma situação por profissionais recém-licenciados e por profissionais com largos anos de experiência. A estas descrições realizadas pelos elementos constituintes dos diferentes pares, Benner (2001) acrescentou entrevistas e/ou observação de profissionais de Enfermagem em contexto clínico, e em diferentes estádios da sua carreira profissional (desde estudantes, a recém-licenciados a experientes).

Com base nos resultados do seu estudo, Benner (2001) definiu as diferentes características de cada um dos diferentes níveis de evolução contemplados pelo modelo Dreyfus.

3.1.2.1.1. Iniciado

O profissional iniciado não tem qualquer experiência em situações com que possa eventualmente ser confrontado.

Para o ensinar e permitir que este adquira a experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhe descritas situações em termos de elementos objetivos, como *“o peso, os líquidos ingeridos e eliminados, a pressão arterial, a pulsação e outros parâmetros objetivamente medíveis, que permitam conhecer a condição de um doente”* (BENNER, 2001, p. 49). Tratam-se de características facilmente identificáveis para elementos sem experiência clínica.

A estes elementos são-lhes igualmente ensinadas as normas, independentemente do seu contexto, para que guiem as suas ações em função dos diversos elementos. Estas regras impõem ao profissional iniciado um comportamento típico, extremamente limitado e rígido. Benner (2001) refere que, neste nível de desenvolvimento, a grande dificuldade reside no facto de, uma vez que o iniciado não tem qualquer experiência face às diferentes situações com que se poderá deparar, lhe serem transmitidas regras. No entanto, o facto de serem seguidas estas regras poderá não ir ao encontro de um comportamento correto, na medida em que não lhe podem ser indicados os procedimentos mais adequados numa dada situação real.

A autora refere ainda um ponto muito importante: o estudante de Enfermagem integra cada serviço novo com o estatuto de iniciado, tendo dificuldade em integrar tudo o que aprendeu em contexto de formação teórica com o que observa e experiencia em contexto clínico real. No entanto, o estudante de Enfermagem não é o único com estatuto de iniciado. Este estatuto também se aplica ao profissional que é integrado num novo serviço, diferente de toda a realidade que conheceu até ao momento, cujos objetivos e aspetos inerentes aos cuidados não lhe sejam familiares.

3.1.2.1.2. Iniciado avançado

O comportamento do iniciado avançado é aquele que pode ser aceitável, na medida em que, neste nível de evolução, o profissional presenciou situações reais suficientes para identificar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas.

A identificação destes aspetos em contexto clínico real exige uma experiência prévia. O mesmo não acontece com “*os elementos medíveis e independentes do contexto ou das listas que indicam uma atitude a seguir ou coisas para fazer, (...)*” (BENNER, 2001, p. 50).

Estes aspetos abrangem um conjunto de características globais que só se conseguem identificar graças a experiências anteriormente vividas. A implicação maior na educação dos profissionais de Enfermagem neste estágio de desenvolvimento, reside no facto de que ainda existe uma necessidade de os enquadrar na prática clínica, por exemplo, ajudá-los a definir prioridades, uma vez que ainda agem em função de critérios gerais e começam nesta fase a familiarizar-se com situações repetitivas, características no exercício diário da profissão.

3.1.2.1.3. Competente

O profissional de Enfermagem competente já exerce funções no mesmo serviço há pelo menos dois anos. Atinge este estágio de evolução quando se começa a aperceber “*dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo, dos quais está consciente. Este plano dita quais os atributos e aspetos da situação presente ou prevista que devem ser considerados como os mais importantes, e os que podem ser ignorados*” (BENNER, 2001, p. 53).

Deste modo, para o profissional de Enfermagem competente, um plano estabelece uma perspetiva e baseia-se numa análise consciente, abstrata e analítica do problema. A autora refere que o enfermeiro competente pode ainda ter que desenvolver a

sua rapidez e maleabilidade, mas já possui um sentimento de saber bem as coisas e de capacidade para lidar com imprevistos, tão frequentes na prática de Enfermagem.

A planificação consciente e deliberada que, de acordo com a autora, caracteriza este nível de competência, ajuda o profissional a adquirir eficiência e organização.

3.1.2.1.4. Proficiente

Neste nível de desenvolvimento, o profissional de Enfermagem apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, sendo as suas ações guiadas por “máximas”.

As “máximas” são, de acordo com Polanyi (1958, cit. por BENNER, 2001), instruções codificadas que só fazem sentido quando o profissional já possui uma boa compreensão da situação.

Assim, neste nível de desenvolvimento, a percepção assume-se como uma palavra-chave. *“A perspetiva não é muito bem pensada mas «apresenta-se por si mesma», porque é fundada sobre a experiência e os acontecimentos recentes”* (BENNER, 2001, p. 55).

O profissional de Enfermagem proficiente, aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que caracterizam uma determinada situação, e como se pode reconhecer que o inicialmente previsto não se vai concretizar. É graças a esta capacidade de reconhecer as situações na sua globalidade, capacidade esta fundada na experiência profissional, que o profissional neste nível de desenvolvimento pode agora saber se o que tinha inicialmente previsto irá ou não suceder-se. Esta compreensão global melhora todo o processo de tomada de decisão, que se torna cada vez menos trabalhoso.

3.1.2.1.5. Perito

Ao contrário do que se sucede com o profissional de Enfermagem proficiente, que baseia as suas ações em máximas, o profissional de Enfermagem perito já não se apoia tanto em regras para passar do estado de compreensão de determinada situação à atitude adequada para essa mesma situação. O perito *“(…), compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* (BENNER, 2001, p. 58).

É difícil caracterizarem-se as capacidades de um profissional de Enfermagem perito na medida em que este age a partir de uma compreensão profunda da situação no seu todo. Trata-se de um profissional muito experiente. Dreyfus e Dreyfus (1977, cit. por BENNER, 2001) caracterizam a pessoa experiente como aquela que já não tem em conta

nem as características, nem as regras. Como uma pessoa maleável, que demonstra um elevado nível de adaptabilidade e de competências.

Benner (2001) refere que um profissional neste nível de desenvolvimento é fácil de reconhecer, na medida em que dá opiniões clínicas ou gere situações complexas de um modo notável.

3.1.2.2. Conclusões da aplicação do Modelo Dreyfus à prática de Enfermagem

De um modo geral, Benner (2001) concluiu que as ações de Enfermagem utilizam um grande domínio de experiências.

“É apenas quando observamos um caso na sua globalidade que podemos apreciar a importância do contributo da enfermeira para o bem-estar do doente. E é apenas quando temos uma visão do conjunto que podemos começar a arquitetar uma teoria e abrir uma via de pesquisa em cuidados de Enfermagem, graças a uma massa de conhecimentos clínicos bem catalogada” (BENNER, 2001, p. 68).

A autora refere que os profissionais de Enfermagem adquirem cada vez mais conhecimentos clínicos e com o passar do tempo acabam por perder o rasto do que aprenderam. Um dos aspetos positivos resultantes da realização de entrevistas para o seu estudo foi que Benner (2001) verificou que apesar disto, com o passar do tempo os julgamentos clínicos dos profissionais se tinham afirmado e melhorado. Os profissionais mais experientes reconheceram as suas dificuldades na sua tentativa de partilhar os seus conhecimentos com os profissionais menos experientes e afirmaram que estas dificuldades provinham do facto de exporem noções demasiado complexas para serem apresentadas sob a forma de instruções e de aviso aos menos experientes. *“Uma grande parte da sua habilidade (saber fazer) só podia ser transmitida na situação”* (BENNER, 2001, p. 69).

Benner (2001) afirma que na prática a variedade dos casos e as suas exceções escapam às descrições dos livros e manuais teóricos, mas cedem, pouco a pouco, o passo à riqueza de situações, similares ou não, encontrada pelos profissionais mais experientes. *“É esta demonstração que é indispensável ao neófito”* (BENNER, 2001, p. 69).

Os exemplos expostos pela autora no seu estudo, *“não refletem um nível de prática qualificado ou experiente, mas todos serão o reflexo dos conhecimentos clínicos”* (BENNER, 2001, p. 69).

3.1.3. INSERÇÃO PROFISSIONAL E INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO

Com base no exposto conclui-se que o conhecimento, a prática e o saber fazer, a autonomia profissional e as demais competências do enfermeiro se constroem ao longo do tempo e da experiência profissional. Verifica-se também que tanto o enfermeiro recém-licenciado, como o enfermeiro já experiente que é sujeito a uma mudança no contexto de trabalho, carecem sempre de um período de formação inicial cujo objetivo é facilitar a adaptação ao contexto de trabalho em que se inserem. Como refere Benner (2001):

“Uma enfermeira especializada e tendo muita experiência no tratamento dos doentes adultos em estado crítico encontrar-se-ia num nível de iniciada do ponto de vista das competências se fosse transferida para uma unidade de cuidados intensivos em neonatologia” (BENNER, 2001, p. 50).

Embora a adaptação a um novo serviço se possa constituir como um desafio mesmo para o enfermeiro mais experiente, é sem sombra de dúvidas para o enfermeiro recém-licenciado que a adaptação a um serviço se revela mais assustadora. Enquanto o enfermeiro experiente já possui conhecimentos enquanto trabalhador ativo, compreende a dinâmica e o funcionamento das organizações e possui maior autonomia no seio das mesmas, o recém-licenciado está a vivenciar o seu primeiro contacto com o mundo laboral, vivenciando um processo de inserção profissional. Este pode ser definido como “o processo pelo qual os indivíduos, não tendo nunca pertencido à população ativa, acedem a uma posição estável no sistema de emprego” (VÉRNIERES, 1997, cit. por CORDEIRO, 2002, p. 82).

Vieira, Caires e Coimbra (2011) referem este processo de inserção, como um processo alargado no tempo e que se constitui em diferentes fases interdependentes: a fase da formação académica, a procura de uma atividade remunerada e a adaptação ao mundo laboral. No mesmo artigo os autores referem estes marcos temporais como marcos da transição para o trabalho e referem que, embora a magnitude de cada marco varie de acordo com as vivências de cada indivíduo, é o último marco, da adaptação ao mundo laboral, que se constitui como o mais significativo.

Como referem Silva *et al.* (2010, cit. por JESUS *et al.*, 2013), a transição do ensino para o contexto de trabalho constitui-se como um desafio para os enfermeiros recém-licenciados, sendo a preocupação com esse momento comumente observada nos mesmos. Na sua fase de adaptação ao mundo do trabalho, os recém-licenciados podem experienciar sentimentos de ansiedade pelas novas necessidades de competências e pelo facto de terem de assumir as responsabilidades atribuídas ao enfermeiro.

Citando a alínea a), do n.º 3, do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros “a *responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade*” (OE, 2009, secção II), sendo o enfermeiro o principal responsável pelas suas ações. O assumir desta responsabilidade profissional pode-se constituir como um desafio assustador para o enfermeiro recém-licenciado.

Como referem vários autores, destacando Benner (2001) e Assad e Viana (2003), a experiência profissional, não descurando todos os conceitos teóricos apreendidos ao longo do processo formativo, bem como o desenvolvimento de competências, adquirem-se com a prática diária. Por este motivo, em Portugal, os Cursos de Licenciatura em Enfermagem contemplam períodos de Ensino Clínico ao longo da formação académica em Enfermagem que segundo Vieira, Caires e Coimbra (2011) se constituem como a primeira fase do processo de inserção profissional. Estes Ensinos Clínicos permitem, como referem Cunha *et al.* (2010), a familiarização dos estudantes com a prática clínica e a sua socialização com o seu futuro profissional. Ainda assim, os momentos de Ensino Clínico podem-se constituir também como momentos geradores de medo e ansiedade.

“Alguns estudiosos interessados na temática da formação académica do estudante de Enfermagem sugerem que a escola deve compreender o significado das primeiras experiências clínicas para o aluno. Foi demonstrado que, quando o aluno é colocado em estruturas como centro cirúrgico e outras clínicas para desenvolver determinados procedimentos aprendidos em aulas teóricas, este apresenta insegurança e temores (...). Reações ansiosas ocorrem, também, porque o aluno não está habituado aos procedimentos específicos exigidos pela clínica e à rapidez necessária na execução de técnicas. Além disto, não está preparado para lidar com as emoções despertadas diante de potenciais riscos aos quais o cliente é exposto, como, por exemplo, no ato anestésico-cirúrgico” (SCHERER, 2005, pp. 25-26).

Os Ensinos Clínicos constituem-se como momentos formativos nos quais existe um enfermeiro responsável pela supervisão dos estudantes e pela transmissão de conhecimentos em contexto real de trabalho. Contudo, apesar de saberem que estarão acompanhados, que terão supervisão e que lhes serão transmitidos conhecimentos, os estudantes experienciam sentimentos de grande ansiedade perante estes momentos específicos de formação.

É natural que, após o Curso de Licenciatura em Enfermagem, a adaptação ao mundo do trabalho para o recém-licenciado se revele igualmente assustadora. Neste momento o recém-licenciado consciencializa-se das responsabilidades que terá que assumir.

Assim, quando ingressam no mundo do trabalho, os enfermeiros “(...) *são sujeitos a um processo de aprendizagem (...) em que um ou mais enfermeiros experientes, lhes irão ensinar um conjunto de competências técnicas e sociais (...)*” (GÓIS & CABRITA, 2004, p. 10). Este processo de aprendizagem, é o denominado processo de integração. Para Bergstein (1980, cit. por GÓIS & CABRITA, 2004), a integração é um processo mediante o qual o novo elemento interioriza a realidade objetiva representada pela organização em que se insere, “*transformando-a em parte da sua própria identidade e transformando-se em parte daquela realidade*” (GÓIS & CABRITA, 2004, p. 13).

Conforme preconizado pela OE “*a gestão da integração de um enfermeiro em qualquer unidade de saúde, é da responsabilidade exclusiva da estrutura de Enfermagem dessa organização de saúde*” (OE, 2011, p. 1).

A integração dos enfermeiros recém-licenciados “*no contexto de trabalho, só será facilitadora do desenvolvimento das competências profissionais, se forem criadas (...) as condições de trabalho indispensáveis ao exercício dos cuidados de Enfermagem (...)*” (PEDROSO, 1996, p. 117). Assim, é importante que os departamentos de recursos humanos das organizações criem estas condições.

3.1.3.1. Gestão de recursos humanos: o seu papel no processo integração dos profissionais

Para Azevedo (1996, cit. por Silvestre, 2012) com o processo de integração pretende-se que o profissional adquira competências que lhe permitam um bom desempenho no contexto de trabalho. Silvestre (2012) refere este processo de integração visa a adaptação do profissional a um conjunto de práticas. Esta necessidade de adaptação tanto pode resultar do início do exercício de funções, como de uma mudança de local ou mesmo de funções. A autora refere que este processo adaptativo envolve não só o conhecimento da estrutura física do local de trabalho e dos equipamentos disponíveis, mas também do relacionamento com outros sectores da organização e do conhecimento técnico-científico do profissional.

Chiavenato (2005, cit. por LIMA & FERNANDES, s.d.) refere como fatores de extrema importância para a adaptação dos novos colaboradores à organização, o cargo a desempenhar, a existência de um elemento de referência (tutor) e o grupo de trabalho em que o novo colaborador se insere. Ainda de acordo com a mesma fonte, estes processos de adaptação variam entre organizações, sendo que em algumas delas estes são processos bastante rudimentares, fundamentados numa visão lógica e determinística sobre como lidar com as pessoas. Estes processos assentam num modelo meramente burocrático em que se exige que os novos colaboradores sigam as rotinas e procedimentos

impostos pela organização em que se inserem. Para Chiavenato, este tipo de processo *“está orientado para o passado e não para o futuro”* (CHIAVENATO, 2005, cit. por LIMA & FERNANDES, s.d., p. 7).

Deve-se destacar que Van Maanen (1989, cit. por LIMA & FERNANDES, s.d.) entende que há uma gama de possibilidades de controlo sobre o comportamento do indivíduo nas organizações, e que estas dependem diretamente do modo como as organizações recebem os novos colaboradores. Por este motivo é de extrema importância que as organizações escolham e adotem corretamente as estratégias para receber estes novos colaboradores. Ao serem conscientemente adotadas e planeadas pelas organizações, estas estratégias tendem a estruturar as experiências de aprendizagem dos colaboradores, aumentando as possibilidades de obter as respostas esperadas. A mesma fonte acrescenta ainda que certas estratégias tendem a encorajar nos indivíduos comportamentos mais conformistas, enquanto outras tendem a favorecer comportamentos inovadores. Assim, as organizações devem definir e planejar com clareza os resultados esperados de modo a combinar corretamente as estratégias disponíveis.

Neste sentido a gestão de recursos humanos assume um papel de extrema importância. Para Margarida Silva (2010) a gestão de recursos humanos abrange todas as decisões de gestão que envolvem a relação entre a organização e os seus colaboradores. Esta constitui-se como uma área fundamental para o sucesso da estratégia de qualquer empresa, encerrando um grande leque de práticas, desde a seleção e recrutamento de pessoas, à formação e desenvolvimento das mesmas, ao acolhimento e à socialização, entre outras.

A adaptação ao contexto de trabalho inicia-se com as fases recrutamento e seleção, como refere Chiavenato (1999), seguindo-se do acolhimento e posterior adaptação dos novos colaboradores à empresa e à cultura organizacional da mesma.

Para Chiavenato (1999) o recrutamento e a seleção de pessoas:

“(...) fazem parte de um mesmo processo: a introdução de novos elementos humanos na organização. Enquanto o recrutamento é uma atividade de atração, divulgação e de comunicação – portanto, uma atividade tipicamente positiva e convidativa – a seleção é, ao contrário, uma atividade de escolha, de classificação e de decisão, e, portanto, restritiva e obstativa” (CHIAVENATO, 1999, p. 106).

Batista (2011) refere que uma vez tomada a decisão de admitir um novo colaborador, há que assegurar, nas melhores condições, o acolhimento e a integração da mesma, fornecendo-lhe condições para que se sinta membro da organização o mais

rapidamente possível. Para a autora são estes processos que dão a conhecer ao novo elemento a organização, que promovem o seu acolhimento no grupo, que o integram na sua função e que o consciencializam da missão da organização.

Para Torrington *et al.* (2005, cit. por Batista, 2011), o acolhimento engloba dois níveis: o acolhimento na empresa (visita guiada, informações gerais, aspetos sobre segurança, formalidades administrativas...), e o acolhimento no serviço (visita detalhada, apresentação do posto de trabalho e formação específica).

Para Caetano e Vala (2002, cit. por COSTA, 2014) o acolhimento e a integração têm como propósito garantir o conhecimento do novo colaborador relativamente à cultura e aos valores da organização, bem como o conhecimento do que é esperado de si enquanto elemento integrado da estrutura organizacional.

Citando Gruman e Saks (2011), Costa (2014), refere que o envolvimento dos funcionários nas organizações se constitui como um fator chave para o sucesso organizacional. Outro fator chave para este sucesso é uma boa cultura organizacional. A cultura organizacional, de acordo com Silva e Fossá (2013), diz respeito a todo um sistema de valores, crenças, normas, tradições e hábitos, que se traduz de forma aceite nas interações e relacionamentos sociais típicos, característicos de cada organização. Neves (2000, cit. por FERNANDES, 2015) refere que esta cultura se constitui como um meio de expressar o clima, os processos relacionais, as práticas, os valores e as crenças, que se vivenciam nas organizações.

“Cultura organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna que funciona bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esse problemas” (SCHEIN, 2004, cit. por SILVA & FOSSÁ, 2013, p. 8).

Estas perspetivas sugerem que a cultura organizacional é vista como um processo social que se ensina aos novos membros de uma organização. Para Silva *et al.* (2008) este processo constitui-se como uma ferramenta de extrema importância que integra os colaboradores com os princípios e valores implementados de uma organização.

“A partir desta integração, a empresa tende a formar ações que aprimoram a socialização do indivíduo, sendo de grande importância a participação dos gestores na disseminação da cultura organizacional, transmitida aos colaboradores não só como uma maneira de ditar o estilo da empresa, mas principalmente, de integrar os funcionários com os valores e objetivos organizacionais” (SILVA, et al., 2008, p. 1).

Esta fase de aprendizagem inicial representa para os novos colaboradores a assimilação dos conhecimentos necessários à sua inserção no contexto profissional e ao desempenho das suas funções. Para Batista (2011) esta fase pode acarretar para os colaboradores sentimentos de receio e ansiedade. Conscientes desta ansiedade e receio iniciais, muitas organizações dispõem de programas de acolhimento e integração. Enfatizando a importância da existência destes programas, Caetano e Vala (2007, cit. por Batista, 2011) salientam que tanto o êxito como o fracasso individual no contexto profissional dependem das interações sociais estabelecidas pelos colaboradores desde o dia da sua admissão às organizações. No entanto, como referem Sousa *et al.* (2006, cit. por Batista 2011) nem sempre as organizações atribuem a devida importância a este processo, não dedicando tempo e recursos à sua preparação e planeamento. Muitas vezes ocorre um processo de integração informal em que o novo colaborador é sujeito à influência do grupo de trabalho em que se insere, não havendo quaisquer garantias de “*que esteja a ser conduzido no «bom caminho»*” (CAETANO & VALA, 2007, cit. por BATISTA, 2011, pp. 12-13). Outras vezes chega a ocorrer um processo de integração formal, mas o inadequado planeamento do mesmo, o não acompanhamento do novo colaborador, a “necessidade” de acelerar o processo para que o novo elemento se torne um elemento ativo e independente o mais rapidamente possível, acabam por ter consequências indesejáveis.

Jorge Silva (2013) refere que sendo as organizações compostas por pessoas, cada uma delas portadora de valores, motivações e expectativas que poderão ser mais ou menos diferentes das do novo elemento, sempre que um novo elemento é admitido, o equilíbrio social existente é alterado e há uma necessidade de adaptação de ambas as partes.

A adaptação inicial constitui-se como uma fase de extrema importância quer para o novo empregado, quer para a organização. Margarida Silva (2010) refere que o sucesso ou o fracasso desta fase poderá ser determinante no futuro do empregado na organização, no seu grau de empenho afetivo, na satisfação e confiança demonstrada e, como não poderia deixar de ser, na sua produtividade. Com a desvalorização deste processo, as organizações correm o risco de o novo empregado desenvolver comportamentos e atitudes negativas, prejudiciais ao desempenho organizacional.

“Para além das implicações diretas na organização, uma má socialização reflete-se nos próprios membros organizacionais. Num estudo realizado a enfermeiros recém formados da Irlanda, que iniciavam funções a nível hospitalar, foi constatado que a socialização realizada os afetou negativamente. Os enfermeiros apresentavam sentimentos de frustração, ressentimento, vulnerabilidade, stress, desapontamento e inabilidade para alterar a situação. Verificou-se ainda que este tipo de sintomatologia refletiu-se na diminuição da qualidade dos

cuidados de Enfermagem prestados aos doentes e num sentimento de insatisfação em geral por parte dos enfermeiros” (SILVA, M., 2010, p. 15).

Embora muitos autores enfatizem a importância dos processos de integração e socialização para os novos funcionários, importa referir Marquis e Huston (1999), que nos indicam que estes processos devem ocorrer não só na transição da escola para o trabalho, mas também em momentos como numa eventual mudança do posto de trabalho (independentemente de ser na mesma organização ou numa nova organização) ou na assunção de novos papéis (como por exemplo a promoção para um cargo de maior responsabilidade).

Assim, além dos novos funcionários, também os funcionários mais antigos necessitam de um período de adaptação sempre que exista uma mudança no seu contexto de trabalho.

Mosquera (2007, cit. por SILVA, J., 2013) refere a existência de estudos indicativos da existência de benefícios com a implementação de programas de socialização e a importância do acolhimento no processo de integração.

Nas organizações que possuem planos e programas formalizados a integração é normalmente facilitada pela presença de um tutor responsável pelo acompanhamento e aconselhamento do novo colaborador. Assim pressupõe-se que enquanto existir este acompanhamento o novo colaborador seja um elemento supra numérico na equipa de trabalho em que se insere o que comporta um investimento para a organização, no entanto muitas organizações, ao invés de olharem para o processo de integração dos novos elementos como um investimento, encaram-no como um custo, na medida em que os benefícios de um processo de integração adequado não se manifestam no imediato, mas sim a médio/longo prazo. Assim:

“A gestão de recursos humanos tem que adotar uma visão de longo prazo, pois uma boa política de integração só terá resultados visíveis no futuro. É um processo permanente, que pretende manter a organização suprida das pessoas certas, no local certo. Atualmente, é prioritário adequar a pessoa ao seu posto de trabalho, porque, se tal não acontecer, o resultado será o insucesso e a frustração pessoal, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Para isso, torna-se necessária a existência de um Programa de Integração bem definido e estruturado” (ROLA e CARACOL, in Enfermagem Perioperatória da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006, p. 285).

3.1.3.2. Integração: a perspectiva de Marquis & Huston

Margarida Silva (2010) refere que o processo de socialização é frequentemente confundido com o de integração. Para a autora “*a integração não é mais do que uma pequena parte do processo*” (SILVA, M., 2010, p. 16) de socialização. Também Caetano e Vala (2002, cit. por COSTA, 2014) partilham da mesma opinião referindo tanto o acolhimento, como a integração como etapas do processo de socialização.

Já Marquis e Huston (1999) apresentam uma perspectiva diferente, na qual a socialização é parte do processo de integração. Para as autoras o processo de integração dos enfermeiros, como função administrativa que é, representa uma adaptação planeada e orientada dos novos enfermeiros ao contexto de trabalho e à organização em que se inserem, e “*inclui três fases distintas: indução, orientação e socialização*” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 248).

3.1.3.2.1. Indução

De acordo com Marquis e Huston (1999), a fase de indução segue-se à seleção do enfermeiro para o cargo, ocorrendo no entanto antes da execução do novo papel pelo mesmo. Esta fase “*inclui todas as atividades que educam o novo funcionário acerca das políticas e procedimentos da organização, emprego e pessoal*” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 248).

Para as autoras a indução caracteriza-se essencialmente pela transmissão de informações ao novo funcionário, daí o ocorrer antes da execução do novo papel pelo mesmo, como referido. Nesta fase os manuais de acolhimento assumem um papel de extrema importância, visto “*que os funcionários não conseguem assimilar todas as informações durante o processo de indução*” (GILLIES, 1994, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 250) e como tal poderão ter a necessidade de as procurar em momentos posteriores.

As autoras referem que habitualmente estes manuais são elaborados pelo departamento de recursos humanos, mas que, apesar de não serem os responsáveis pela sua elaboração, os administradores devem conhecer as informações contidas nestes manuais e que estes devem conter um formulário a ser entregue aos novos elementos em que se comprove a receção e a leitura do manual.

3.1.3.2.2. Orientação

Para Gillies (1994, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) o propósito desta fase é o de fazer o novo elemento sentir-se parte da equipa em que se insere.

Marquis e Huston (1999) referem que uma orientação eficiente previne o esgotamento dos novos elementos e promove a participação dos mesmos num programa formal de orientação, de modo a conseguirem *“uma ação profissional independente e adequada bem mais cedo, permanecendo na organização por muito mais tempo do que o funcionário que não recebe orientação”* (MARQUIS & HUSTON, 1999, pp. 251-252).

Para Marquis e Huston (1999), enquanto o programa de orientação é planeado, estruturado e avaliado, a organização deve encarar a produtividade e a retenção, cujo aumento se constitui como uma das metas dos programas de orientação.

“É frequente que vários indivíduos com responsabilidade parcial pela indução e orientação joguem a responsabilidade adiante no que se refere ao insucesso ou deficiências do programa. É responsabilidade conjunta do departamento de pessoal, do departamento de aperfeiçoamento dos funcionários e de cada unidade de Enfermagem, o trabalho em uníssono, de modo a proporcionar um programa de instrução que atenda às necessidades do funcionário e da organização” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 252).

As autoras supracitadas referem que o serviço em que são inseridos os novos enfermeiros deve assumir uma maior responsabilidade pela orientação individualizada dos mesmos e acrescentam que o enfermeiro chefe deve desempenhar um papel chave na sua orientação. Referem também a importância de um adequado programa de orientação, cuja implementação *“minimiza a probabilidade de violações a regras, injustiças e compreensões erradas; fomenta sentimentos de pertinência e aceitação; e promove entusiasmo e estado de ânimo elevado”* (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 252).

3.1.3.2.3. Socialização

Marquis e Huston (1999) referem que a socialização difere da orientação na medida em que envolve poucas informações estruturadas, sendo o seu propósito o de partilhar valores e atitudes da organização através de modelos de mitos e lendas.

Dubar (1991, cit. por POTRA, 1997) afirma que a socialização é concebida por alguns antropólogos essencialmente como um processo de incorporação progressiva dos traços gerais da cultura de um grupo de origem, compreendendo a aquisição de atitudes, normas e habilidades técnicas, e de modelos de comportamento, impelindo o indivíduo a ser portador do seu sistema social.

“(…) quer se trate do grupo de origem ao qual se pertence «objetivamente» ou de um grupo exterior no qual se pretende integrar, o indivíduo, (...), socializa-se interiorizando os valores e as normas que o tornam um ser que é possível identificar socialmente. A

socialização fica pois reduzida a uma forma de integração social ou cultural, que assenta no condicionamento inconsciente e na qual há um consenso sobre papéis sociais. Nesta perspetiva, a socialização a uma determinada profissão, far-se-ia durante a formação, altura em que a cultura normativa de determinado mundo profissional específico seria transmitida e deste modo, perpetuada de modo uniforme” (POTRA, 1997, p. 17).

Também Kramer (1974, cit. por POTRA, 1997) refere que o início da socialização profissional se dá frequentemente durante a formação escolar. No entanto, a mesma fonte afirma que, frequentemente, o sistema de ensino é gerador de expectativas irreais ou pelo menos desproporcionadas em relação à profissão, dando origem a posteriores desilusões, perante o confronto dos indivíduos com a realidade laboral. Neste contexto Potra (1997) refere que é nesta fase que o indivíduo irá iniciar ou dar continuidade à aprendizagem do seu papel profissional, mas que o faz no contexto específico da organização.

Chiavenato (1998, cit. por SILVA, M., 2010) refere que durante o processo de socialização a organização procura induzir a adaptação do recém-chegado às suas novas necessidades e objetivos, aculturando-o à mesma.

“A socialização na organização não é apenas um elemento fundamental ao novo profissional; a socialização adequada de todos os funcionários tem-se mostrado como elemento redutor de atritos” (MARQUIS & HUSTON, 1999, pp. 252-253).

Lima e Fernandes (s.d.) definem a socialização inicial como uma iniciação e aculturação às práticas da empresa, filosofia e normas da mesma, e em simultâneo ao *“desprendimento de hábitos e prejuízos indesejados que devem ser evitados no comportamento do recém-chegado”* (LIMA & FERNANDES, s.d., p. 2).

Marquis e Huston (1999) referem que durante a socialização os enfermeiros devem ter em si um grande entusiasmo e elevado estado de ânimo em relação à organização. Nesta fase os enfermeiros são modelados de modo a adaptaram-se à organização.

Kramer e Schmalenberg (1988, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) acreditam que um dos principais papéis dos administradores nos hospitais mais atraentes a nível profissional, é o de gerar entusiasmo nos seus funcionários, desde o mais antigo ao mais recente. Esta capacidade de criar entusiasmo nos funcionários e esclarecer o sistema de valores da organização cria uma boa estrutura para as equipas de trabalho.

3.1.3.3. Modelos, preceptores e mentores

O acompanhamento dos novos enfermeiros nos serviços, por outros enfermeiros, promove a aprendizagem, a integração e a socialização adequadas dos mesmos.

“As expectativas do desempenho de papel podem ser esclarecidas com a utilização de modelos, preceptores e mentores. Ao mesmo tempo que todos os três esclarecem os papéis através de processos de interação social e processos educativos, cada um deles possui um foco diferente e faz uso de diferentes mecanismos. Todos ocupam uma posição apropriada na socialização do funcionário” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 255).

Para Marquis e Huston (1999) os modelos constituem-se como exemplos de funcionários competentes e com experiência. A relação entre o novo enfermeiro e o modelo de desempenho de papel constitui-se como uma relação passiva, na qual o modelo de desempenho de papel representa a habilidade e o novo enfermeiro procura imitá-lo, ainda que o objetivo do modelo não seja essa imitação. Kramer e Schamalenberg (1988, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) referem que quanto maior o número de modelos de excelência disponíveis para o novo enfermeiro, maior a probabilidade de este apresentar um bom desempenho, o que contribui para o desempenho qualificado.

No que diz respeito aos preceptores, Marquis e Huston (1999) referem que a ação de um preceptor é ativa e tem um propósito. *“A crença de que a relação um a um aumenta a aprendizagem constitui a base para o uso de preceptores”* (SCHAH & POLIFRONI, 1992, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 255). O preceptor é um enfermeiro experiente cujo papel passa por proporcionar apoio emocional ao novo enfermeiro e por ser um poderoso exemplo clínico. Um preceptor eficiente pode ao mesmo tempo ser um modelo e um veículo de ensino.

Para Clayton, Broome e Ellis (1989, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999), com o preceptor existe oportunidade para que as questões sejam respondidas, bem como para que as expectativas do papel sejam esclarecidas.

Por fim, os mentores, como referem Marquis e Huston (1999), desempenham um papel ainda maior no uso da educação como meio para esclarecer os papéis, de tal modo que a maioria dos enfermeiros se pode considerar com sorte se tiver um ou dois mentores ao longo da sua vida profissional.

Madison, Knight e Watson (1993, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) descrevem o trabalho do mentor como uma importante relação humana de alto nível e afirmam que, apesar de englobar estes papéis, o seu papel difere bastante dos papéis do modelo ou do preceptor. Além de ser modelo e preceptor, o mentor deve ser visionário, estimular a ação, investir o seu tempo e energia no crescimento pessoal e profissional do novo enfermeiro, apoiar, estimular, instruir, criticar, aconselhar, desafiar e ajudar o novo enfermeiro a todo o custo.

3.1.3.4. Processo de integração: vantagens e desvantagens

Kramer (1974, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) descreve alguns dos medos e dificuldades sentidos pelos enfermeiros recém-licenciados na adaptação ao mundo do trabalho. O autor acredita que ocorre um choque com a realidade devido ao conflito entre as expectativas do novo enfermeiro e a realidade do papel real em contexto de trabalho.

“Após a publicação do trabalho de Kramer, muitos hospitais começaram a observar os métodos que poderiam ser utilizados em seus programas de orientação, reduzindo dessa forma parte do choque decorrente do ingresso no mundo real da Enfermagem. Alguns hospitais desenvolveram períodos prolongados de orientação para os novos formandos que duravam de seis semanas a seis meses. Essa orientação bem maior, (...), contrasta bastante com a orientação comum de 1-2 semanas, normal para os outros funcionários. Durante esse período, o enfermeiro recém-formado costuma ser designado a trabalhar com um preceptor, vindo a gradativamente assumir tarefas com os pacientes semelhantes às do preceptor.

Alguns hospitais interromperam programas de estágio devido a despesas, mas mantiveram a ideia do preceptor, colocando o recém-formado na companhia de outro enfermeiro” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 259).

Embora estes programas de orientação pareçam constituir uma resposta para combater o choque inicial dos enfermeiros recém-licenciados com o contexto de trabalho, também possuem os seus riscos.

Practices (1984, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) enuncia como principais vantagens dos programas de orientação:

- O aumento da qualidade do cuidado ao utente, na medida em que aos novos enfermeiros é dada a oportunidade de aprenderem o melhor modo de realizar avaliações e intervenções de Enfermagem eficientes;
- A exposição dos novos enfermeiros a diferentes Escolas de Pensamento em Enfermagem;
- A promoção de relações de amizade entre os funcionários;
- A redução da probabilidade de o novo enfermeiro receber informações ambíguas através do seu acompanhamento por um enfermeiro preceptor;
- A eliminação da informação duplicada que geralmente ocorre quando os novos enfermeiros são acompanhados por diferentes enfermeiros ao mesmo tempo;
- O aumento da autoconfiança do novo enfermeiro.

Por outro lado Practices (1984, cit. por MARQUIS & HUSTON, 1999) enuncia também algumas desvantagens e/ou riscos dos programas de orientação:

- Para todos os efeitos, embora possa ser reduzido através do programa de orientação, continua a existir um choque entre as expectativas do novo enfermeiro e a realidade do contexto de trabalho;
- O programa de orientação pode atrasar a adaptação do novo enfermeiro na medida em que este se pode tornar dependente do seu preceptor;
- Se a relação formal entre o novo enfermeiro e o preceptor for prolongada (mais de um ano) corre-se o risco de surgir uma dependência afetiva entre os dois;
- Alguns programas de orientação podem fazer com que o novo enfermeiro passe por diferentes serviços e diferentes especialidades num curto período de tempo.

Marquis e Huston (1999) referem que muitos dos riscos potenciais dos programas de integração podem ser combatidos, por exemplo através de uma seleção criteriosa dos preceptores, devendo os selecionados possuir o desejo de ser modelo de papel, ou através da preparação dos preceptores para o seu papel através de aulas formais sobre aprendizagem de adultos, ou ainda através da utilização de profissionais experientes em aperfeiçoamento de funcionários para a supervisão e monitorização da relação entre o preceptor e o novo enfermeiro, de modo a assegurar que esta se manterá benéfica para ambas as partes.

Os programas de orientação acarretam custos, mas a partir do momento em que contribuam para a retenção de funcionários e para a qualidade dos cuidados, as organizações devem ponderar investir nos mesmos.

3.1.4. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO ATUAL

Como referem Lima e Fernandes (s.d.), o mercado de trabalho sofre mudanças de forma constante, exigindo novas posturas e novas soluções para os problemas. Desde os anos 80 que as pressões sobre as organizações que continuam no mercado têm vindo a aumentar, pressões como *“a tecnologia e a rapidez que surgem, a globalização, a falta de mão de obra qualificada, e (...) clientes cada vez mais exigentes”* (LIMA & FERNANDES, s.d., p. 3).

Oliveira (2002, cit. por LIMA & FERNANDES, s.d.), refere que os principais desafios das organizações passam pela redução do conflito entre objetivos individuais e

organizacionais, e pela compatibilização entre os objetivos da organização, da sociedade em que esta se insere e dos indivíduos que a integram.

O setor da saúde em particular, como refere Diniz (2013), ocupa na nossa sociedade um espaço muito visível, tanto em termos económicos, como sociais.

Nos últimos anos Portugal tem assistido à melhoria dos seus indicadores de saúde e à aplicação de um vasto conjunto de medidas e reformas que têm por objetivo melhorar a eficiência e a eficácia do Sistema Nacional de Saúde. Apesar de algumas evoluções recentes o Sistema Nacional de Saúde atravessa uma série de problemas, dos quais se destaca a sua insustentabilidade financeira (DELOITTE CONSULTORES, 2011).

De acordo com Silvestre (2012), neste contexto de mudanças políticas, económicas e sociais, colocam-se cada vez mais desafios às organizações e, em particular, à gestão dos seus recursos humanos.

“Num contexto global de contenção da despesa pública e de alteração dos modelos de participação e da intervenção do estado na economia e na vida dos cidadãos, as instituições públicas são incentivadas a criar formas de rentabilizar os recursos humanos, na perspetiva de que é nos recursos humanos que se centra a grande diferença nos seus resultados. Este contexto exige ao profissional uma atualização constante de saberes e de competências em particular no contexto da saúde. Aos profissionais são exigidas competências que lhes permitam acompanhar a evolução científica e tecnológica, bem como as crescentes exigências das instituições e dos cidadãos, que requerem cuidados de saúde de qualidade” (SILVESTRE, 2012, p. 5).

Se por um lado, nos hospitais públicos, o acelerado ritmo de crescimento das despesas é cada vez mais evidente, o que tem conduzido a diversas reformas e cortes nas despesas (com impacte muito significativo ao nível dos recursos humanos), por outro, no sector privado, geram-se cada vez mais receitas. De acordo com Prado (2015), em artigo publicado no Expresso, em 2014 os maiores grupos de saúde do sector privado em Portugal contabilizaram mais de 5.000.000 de consultas. A mesma fonte refere que estes grupos empregam mais de 22.000 pessoas e que do ponto de vista da empregabilidade continuam a ser uma referência. Ainda assim, em termos de recursos humanos, o sector privado procura o mesmo que o sector público: profissionais diferenciados com competências para acompanhar a evolução científica e tecnológica, como referido por Silvestre (2012). Esta procura surge pela necessidade que o sector privado tem de responder à crescente procura da população.

Também de acordo com Silvestre (2012), a profissão, sendo parte integrante da vida humana nas sociedades contemporâneas, permite a aquisição de direitos, deveres,

da própria identidade da pessoa e claro, da sua integração social uma vez que grande parte da ocupação diária ocorre no âmbito da atividade profissional. A autora refere que as instituições estão diretamente ligadas às profissões exercidas e que, como tal, o funcionamento da instituição tem um impacto preponderante no exercício da profissão. No caso particular das instituições de saúde, *“as mudanças organizacionais poderão ter um impacto significativo nos seus profissionais”* (SILVESTRE, 2012, p. 5). A autora refere que neste contexto os profissionais de Enfermagem têm um novo desafio: o de dar resposta às novas necessidades impostas pela mudança.

No final da década de 90, Carapinheiro e Lopes (1997), em resposta a uma solicitação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), realizaram um estudo de âmbito nacional com o objetivo de *“obter um conhecimento global, empiricamente validado, sobre a situação objetiva do trabalho de Enfermagem nos diferentes contextos de produção de cuidados de saúde”* (CARAPINHEIRO & LOPES, 1997, p. 11).

No seu estudo as autoras verificaram que a nível nacional os programas de integração estão implementados na grande maioria dos hospitais (80%). Numa tentativa de diferenciar em que tipos de hospitais estão implementados estes programas, verificaram que os hospitais especializados são aqueles em que se regista o maior défice de não implementação destes programas.

“Apesar de a maioria dos hospitais ter implementado Programa de Integração, a sua forma de cumprimento é, em 58% dos casos, apenas parcial.

Os motivos apresentados para o não-cumprimento integral do Programa de Integração foram, em 100% das respostas, a «falta de efetivos». Note-se que, apesar da «falta de efetivos» ser um problema real, a sua evocação recorrente para fundamentar objetivos não atingidos torna-o um argumento simplista e, eventualmente, ocultador de outras deficiências institucionais e profissionais” (CARAPINHEIRO & LOPES, 1997, pp. 69-70).

A existência de programas de integração que não são aplicados na sua integralidade é uma realidade em Portugal. Infelizmente a integração de um novo elemento pode ser dispendiosa. É por este motivo que algumas organizações “apressam” os processos de integração dos novos elementos, o que acaba por ser compreensível dado o contexto socioeconómico em que Portugal se encontra. É importante que as organizações compreendam que um processo de integração adequado traz benefícios, não só aos novos elementos, como às próprias organizações em que estes se inserem, pois a longo prazo estes elementos poderão ser mais produtivos.

A OE tem demonstrado preocupação com esta adaptação dos novos enfermeiros ao mundo do trabalho ou à mudança de contexto profissional. Esta preocupação por parte

da OE resultou num Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) que contempla o Exercício Profissional Tutelado (EPT). O EPT consiste num *“período de indução e de transição para a prática profissional (...), suportando a gradual assunção de responsabilidade e intervenção autónoma de uma forma que se pretende segura para o profissional e para os clientes”* (OE, 2009, p. 4).

3.1.5. INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

De acordo com Perdigoto (2012), a instituição hospitalar é muito complexa pois *“além de prestar cuidados de saúde, existem riscos potenciais aos quais os trabalhadores podem estar expostos, pelo que a salubridade dos ambientes de trabalho constitui um elemento relevante em matéria de saúde e bem-estar das populações, (...)”* (UVA & FARIA, cit. por PERDIGOTO, 2012, p. 2).

A mesma fonte acrescenta ainda que fatores como as novas técnicas de diagnóstico e terapêutica, a resistência microbiana, a emergência de novas doenças e o retorno de outras, sinalizam o aumento desses riscos entre os profissionais de saúde.

Nesta discussão sobre riscos, aos quais os colaboradores de uma instituição estão continuamente expostos, Perdigoto (2012) acaba por referir que a complexidade do trabalho no caso particular do BO exige aos seus profissionais, relativamente aos restantes profissionais da instituição, uma maior diferenciação e qualificação.

O BO caracteriza-se por ser um serviço onde se desenvolvem atividades altamente complexas e especializadas e propenso à ocorrência de acidentes, como refere Fragata (2010). O autor afirma que todos os ingredientes estão presentes neste serviço: um ambiente de *stress* excessivo, as ocorrências inesperadas, o funcionamento dos profissionais com os equipamentos, muitas vezes variados e nem sempre ergonómicos, a dinâmica da equipa com as suas disfunções habituais, as falhas organizacionais, as falhas técnicas *“e, claro... O erro humano!”* (FRAGATA, 2010, p. 20).

De acordo com López e Cruz (1998), todas as intervenções cirúrgicas, por mais simples que pareçam, implicam risco para a saúde do utente. Este fica exposto a complicações devido a diferentes fatores, desde a medicação que lhe é administrada, à duração do ato anestésico-cirúrgico, passando pelo posicionamento adotado para a realização do mesmo.

A AESOP (2006), refere que os acidentes e erros mais comuns estão relacionados com: pessoa errada, cirurgia errada, local da cirurgia errado, incidentes anestésicos, contagens de compressas, corto-perfurantes e instrumentos incorretas, avaria de equipamentos/instrumentos, posicionamentos incorretos, quedas de equipamentos, cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso, queimaduras, lesões

provocadas por garrotes pneumáticos, contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica, paragem cardiorrespiratória, pessoal a trabalhar sem conhecimento e sem competências, falta de supervisão e falta de comunicação.

Pela especificidade dos cuidados perioperatórios, o processo de integração de um enfermeiro no BO é habitualmente demorado e complexo. Durante a formação base do enfermeiro os conteúdos programáticos relacionados com o funcionamento deste serviço são praticamente inexistentes. Assim, o processo de integração no BO obedece “*a diversas etapas extraordinariamente exigentes, quer para o novo enfermeiro, quer para o responsável pela sua integração*” (ROLA e CARACOL, *in* Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006, p. 287).

A duração do período de integração deve, de acordo com as autoras supracitadas, ser a necessária “*para promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios e para a aquisição de conceitos fundamentais para a sua prática, (...)*” (ROLA e CARACOL, *in* Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006, p. 287).

Estas autoras, ao falarem da integração de novos elementos em BO, distinguem três categorias: enfermeiros sem experiência profissional, enfermeiros com experiência profissional, enfermeiros com experiência profissional em BO. As autoras referem que no caso de um enfermeiro sem experiência profissional, e dada a especificidade de funções do serviço e a falta de formação na área, o tempo de integração é demorado – pelo menos um ano de acordo com a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN). Nos outros casos, dependendo dos conhecimentos e habilidade do novo enfermeiro nesta área, o tempo de integração poderá variar de acordo com a resposta às solicitações do serviço. Ainda de acordo com estas autoras, que referenciam Benner, um enfermeiro em integração é um iniciado, no *continuum* de iniciado a perito, pelo que deverá ser acompanhado pelo integrador até se sentir com autonomia e autoconfiança suficientes para o desempenho das suas atividades.

A adaptação ao emprego, como refere a *Union Nationale des Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s* (2001), tem por objetivo trazer aos profissionais recém-admitidos no serviço, num determinado espaço de tempo, as competências correspondentes ao perfil do posto de trabalho estabelecido pelos superiores hierárquicos. Deste modo os profissionais de Enfermagem Perioperatória serão fiáveis e operacionais.

Como abordado anteriormente, os processos de integração dos novos profissionais tendem a ser cada vez mais rápidos. No sentido de compreender se, no caso particular do BO, os períodos de integração eram considerados adequados pelos enfermeiros, Cabral (2004), realizou um estudo quantitativo.

Este estudo objetivou não só compreender as inquietações relativas ao modo como se processa a integração dos enfermeiros no BO, como definir os contextos em que se desenvolvem as suas intervenções, analisar as necessidades de formação especializada nesta área de cuidados e descrever que influência pode ter a teoria do *Caring* de Jean Watson na integração/formação dos enfermeiros perioperatórios. Para tal a autora aplicou um inquérito por questionário a uma amostra de 60 enfermeiros perioperatórios.

A amostra da autora constituiu-se por 20 enfermeiros a exercer funções no BO de um hospital privado, e por 40 enfermeiros a exercer funções no BO de uma instituição pública.

A autora estudou diferentes variáveis, nomeadamente o tempo de integração, as valências da Enfermagem Perioperatória em que os elementos exerciam funções e o enfermeiro integrador (tentando compreender se era sempre o mesmo, ou não, e qual a relevância de um acompanhamento realizado sempre pela mesma pessoa).

Dos resultados obtidos pela autora importa destacar os relativos ao tempo de integração dos enfermeiros no BO. A autora verificou que existem diferenças entre o processo de integração num hospital público, onde os tempos de integração referidos mais frequentemente eram superiores a 4 semanas, e o processo de integração num hospital privado, onde nenhum elemento referiu ter um período de integração superior a 4 semanas, sendo que a grande maioria (90%) referiu serem inferiores a 2 semanas.

A autora concluiu que, no que diz respeito a estes períodos de integração pelos enfermeiros, a maioria os considerou como insuficientes. De um modo geral os inquiridos tinham uma opinião bastante desfavorável em relação ao período de integração no BO.

No que diz respeito ao enfermeiro integrador, a autora verificou que, regra geral, a integração dos inquiridos foi feita por enfermeiros diferentes. Este também se constituiu como um aspeto desfavorável, na medida em que praticamente a totalidade da amostra referiu considerar relevante que a integração fosse feita sempre pela mesma pessoa.

Relacionando o tempo de integração dos elementos no BO e a opinião dos mesmos acerca do período de integração, verificou-se que quanto maior era o tempo despendido no processo de integração, mais positiva era a opinião manifestada pelos enfermeiros.

Relativamente à problemática da integração a autora conclui:

“(...) os enfermeiros não estão satisfeitos com o tipo de integração (...), nem em tempo, nem em qualidade, ou seja, há muito a melhorar neste processo tão importante (...), tendo em conta a não formação no Curso de Licenciatura, bem como a falta de uma formação pós-graduada especializada” (CABRAL, 2004, p. 275).

Os tempos de integração verificados em contexto real por Cabral (2004) diferem bastante dos tempos de integração de referência preconizados pela AESOP (2006). Esta entidade distingue, como já referido, entre enfermeiro recém-licenciado, enfermeiro com experiência profissional e enfermeiro com experiência profissional em BO, sendo, nos dois primeiros casos, o tempo de integração recomendado de 1 ano, e no último caso de 6 meses.

No que diz respeito ao período de integração de qualquer enfermeiro no BO, é importante ter em consideração que cada caso é um caso, na medida em que cada indivíduo tem as suas próprias características: uns têm mais facilidade em apreender informações, outros, por seu lado, demoram mais tempo a apreender a mesma quantidade de informação. Esta individualidade de cada elemento, associada à especificidade de cada BO, torna difícil preconizar um tempo de integração padrão. Por este motivo a AESOP (2006) defende a criação de um programa de integração e avaliação do mesmo.

Este programa de integração tem por objetivo facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros, de modo a que a sua adaptação ao serviço seja rápida e eficaz. Como objetivos específicos deste programa a AESOP (2006) propõe:

- *“Promover a partilha de informação, favorecendo a aquisição de competências do integrando necessárias ao desempenho das suas novas funções;*
- *Ajudar o novo enfermeiro a consciencializar-se do seu papel como membro do serviço, das suas responsabilidades, deveres e direitos;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro;*
- *Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem;*
- *Proporcionar ao novo enfermeiro informações sobre a estrutura e dinâmica do Bloco Operatório;*
- *Facilitar o processo de integração, tanto para o enfermeiro que chega como para quem o acolhe;*
- *Conseguir a melhor integração possível, no mais curto espaço de tempo;*
- *Ajudar o novo elemento a consciencializar-se da sua contribuição, para o alcance da finalidade comum a todo o pessoal;*
- *Favorecer uma uniformidade de atuação;*
- *Ajudar no esclarecimento de dúvidas e na orientação da execução das ações;*
- *Proporcionar um clima de confiança ao novo enfermeiro”* (AESOP, 2006, p. 290).

Este programa de integração é definido pela fonte supracitada como um processo adaptativo que envolve o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu correto manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas da unidade e o conhecimento

técnico e científico. Este processo, interativo e dinâmico, envolve não só o integrando e o integrador, como toda a equipa multidisciplinar, devendo ser utilizados todos os recursos disponíveis do serviço para que o integrando tenha oportunidade de aprofundar conhecimentos e adquirir experiência.

Ainda de acordo com a mesma fonte, o programa de integração do enfermeiro no BO divide-se em diferentes fases: a fase de acolhimento/observação (com a duração de 1 mês), a fase de enfermeiro de anestesia (com a duração de 2 meses), a fase de enfermeiro circulante (com a duração de 3 meses) e a fase de enfermeiro instrumentista (com a duração de 6 meses). A AESOP (2006) defende a necessidade de uma avaliação formativa no término de cada uma destas fases. Esta avaliação não se pretende quantitativa.

“O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objetivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função” (AESOP, 2006, pp. 314, 316, 318).

“Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objetivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais” (AESOP, 2006, p. 320).

3.2. METODOLOGIA DE PROJETO

Um trabalho de projeto pressupõe uma metodologia, ou seja, todo um conjunto de *“técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas”* (LEITE et al., 2001, cit. por CORDEIRO, 2013, pp. 34-35).

De acordo com Ferrito (2010), a metodologia de projeto baseia-se na investigação centrada num problema real identificado e na resolução desse mesmo problema através da implementação de estratégias e intervenções eficazes. *“Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”* (FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 2). Ainda de acordo com Ferrito (2010), a metodologia de projeto constitui-se por cinco etapas, sendo a primeira o diagnóstico de situação, seguida da definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e, por fim, a divulgação dos resultados.

De acordo com Ruivo (2010, cit. por SILVA, J., 2013), a metodologia de projeto tem como principal objetivo a resolução de problemas, estando por isso orientada para a prática. Trata-se de *“um conjunto de procedimentos e de técnicas utilizados para compreender aspetos da realidade social, com a capacidade de prever e orientar o percurso a trilhar para a concretização do projeto”* (RUIVO, 2010, cit. por SILVA, J., 2013, p. 45).

Ferrito *et al.* (2010) referem que a Enfermagem, pertencendo à área da saúde, envolve uma série de instrumentos que objetivam a resolução e/ou minimização de determinados problemas identificados e, neste contexto, referem o Processo de Enfermagem como um instrumento que reflete a essência da metodologia de projeto, na medida em que também este é um processo contínuo e dinâmico que permite alterar os cuidados à medida que se alteram as necessidades. Como refere a Associação dos Enfermeiros Americanos (1995, cit. por POTTER & PERRY, 2003), o Processo de Enfermagem é utilizado para identificar, diagnosticar e tratar as reações humanas à saúde e à doença e é necessária a integração de elementos de pensamento crítico para fazer juízos de valor e implementar ações racionais (POTTER & PERRY, 2003).

3.2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A metodologia de projeto inicia-se com um diagnóstico que *“(...) visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, (...) um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar (...)”* (Internationale Weiterbildung und Entwicklung, 2004, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 10).

De acordo com Ferrito *et al.* (2010), o diagnóstico de situação é um processo dinâmico, sendo a caracterização da situação contínua, permanente e sujeita a atualizações constantes. Assim, *“não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações da realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes”* (FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 10).

De acordo com a fonte supracitada, nesta etapa da metodologia de projeto, são definidos os problemas quantitativa e qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, para então se selecionarem os recursos e os grupos intervenientes. Neste sentido, enquanto conceito mais abrangível do que a identificação de problemas, o diagnóstico de situação deve envolver uma análise do contexto socioeconómico e cultural em que o problema se insere, bem como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes.

Em suma, o “*diagnóstico deve proporcionar um conhecimento das forças e fraquezas do ambiente interno e das ameaças e oportunidades do ambiente externo*” (BRISSOS, 2004 cit. por SILVA, J., 2013, p. 47).

No que diz respeito ao presente PIS, a fase do diagnóstico de situação foi facilitada, na medida em que já existia um conhecimento prévio do serviço onde decorreu o estágio. Este conhecimento prévio do serviço permitiu a identificação precoce do problema alvo de intervenção.

Assim, identificou-se como problema alvo de intervenção a integração dos enfermeiros no BO da instituição onde decorreu o estágio.

Apesar da existência de uma norma de serviço que padroniza o tempo de integração de novos elementos em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória (enfermeiro de apoio à anestesia: 1 mês; enfermeiro circulante: 2 meses; enfermeiro instrumentista: 2 meses), a estrutura organizacional da instituição e as necessidades do serviço não permitem que os novos elementos possam ser elementos supranumerários durante o tempo estipulado pela referida norma.

Dada a especificidade de um serviço como o BO, a integração de um novo elemento no serviço assume-se como um processo de extrema importância, na medida em que uma integração adequada poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao utente cirúrgico.

Assim, o problema identificado pode ter implicações a diversos níveis, quer para a própria instituição, quer para o novo elemento do serviço, quer para o utente. Para a própria instituição, pelo eventual comprometimento da qualidade assistencial. Para o novo elemento porque é importante ter satisfeitas todas as suas necessidades de aprendizagem, adquirindo competências para lidar com a especificidade/complexidade do serviço, e a não satisfação destas necessidades pode conduzir à sua frustração. Por fim, para o utente porque é importante ser cuidado por pessoal qualificado e com os conhecimentos teórico-práticos necessários, e a não satisfação desta necessidade poderá comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

Na etapa do diagnóstico de situação, além da definição de problemas procede-se à recolha de informações acerca do contexto em que estamos a trabalhar (FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010).

3.2.1.1. Definição do problema

A primeira etapa de uma investigação ou projeto é a definição do problema. Almeida e Freire (2007, cit. por CORDEIRO, 2013, p. 39) referem que o problema se caracteriza por identificar e descrever, apreciar a pertinência e precisar o objetivo. O

problema deve ser concreto e real, estar formulado de forma clara e perceptível, reunir condições para o estudo e ser tanto operacionalizável, como relevante para a teoria e/ou prática.

No âmbito do estágio delineou-se o seguinte problema (Apêndice II):

- Desadequação quer da norma de procedimento relativa ao processo de integração de novos elementos, quer dos programas de integração e avaliação anexos à mesma, à realidade do serviço.

Como problemas parcelares que compõem o problema geral identificado surgiram:

- Definição de períodos de integração padrão que não correspondem à realidade do serviço (situação que poderá ser geradora de falsas expectativas para os novos elementos que consultam a norma de procedimento em vigor, o respetivo programa de integração e a avaliação do mesmo);
- Ausência de um guia de acolhimento que ajude os novos elementos a compreender a dinâmica e funcionamento da instituição e do serviço em que se inserem.

Na sequência destes problemas surgiu a ideia de atualizar a norma de serviço atualmente em vigor e elaborar tanto um programa de integração e avaliação, como um guia de acolhimento, que se possam constituir como ferramentas facilitadoras da adaptação ao serviço para os novos elementos.

3.2.1.2. Instrumentos de diagnóstico

De acordo com Almeida e Freire (2007, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010), na formulação do problema existem algumas estratégias e/ou fontes informativas tais como a observação direta, a existência de teorias sobre o fenómeno em estudo e investigações ou problemas anteriores.

“Para a elaboração do diagnóstico de situação, mais concretamente a identificação e validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta, muitos são os métodos ao dispor do enfermeiro. Os mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, (...), a análise SWOT (a mais comum), Cadeia de Valores, FMEA e Stream Analysis” (FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 13).

À utilização destes “*métodos está implícita a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização*” (FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 13).

Uma vez identificado o problema procedeu-se à validação da pertinência do mesmo. Para tal, após discussão do problema em reunião com a direção e chefia de Enfermagem, que sustentaram a problemática como real e o projeto como pertinente, aplicou-se como instrumento de diagnóstico um questionário aos enfermeiros do serviço.

3.2.1.2.1. Questionário

Com o principal objetivo de validar quer a pertinência do tema do PIS para o serviço, quer a pertinência da criação de documentos orientadores para facilitar o processo de integração dos enfermeiros neste serviço, procedeu-se à elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros do BO da instituição em que decorreu o estágio.

O questionário pode ser definido como “*um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*” (FORTIN, 2003, cit. por VALIDO, 2011, p. 61).

De acordo com Hill e Hill (2000) os participantes gostam de saber um pouco sobre o investigador que está a aplicar o questionário, bem como os objetivos e a natureza da investigação, pelo que se deve colocar uma pequena introdução em que se expliquem estes aspetos, antes do questionário propriamente dito. Estes autores referem que esta introdução deve compreender elementos como um pedido de cooperação, o motivo pelo qual se está a aplicar o questionário, uma apresentação curta da natureza do questionário, o nome da instituição, uma declaração formal da confidencialidade das respostas e uma declaração formal da natureza anónima do questionário.

Posto isto, elaborou-se uma breve introdução ao questionário em que eram englobados estes elementos.

No que diz respeito à formulação do questionário propriamente dito, as questões basearam-se no programa de integração proposto pela AESOP (2006), na investigação levada a cabo por Cabral (2004), relativa ao processo de integração de enfermeiros em BO e na realidade do serviço.

Uma vez redigido o questionário importa que este seja submetido a uma prova preliminar (GIL, 1989, cit. por VALIDO, 2011, p. 63). Bell e Pais (1997, cit. por VALIDO, 2011) referem que, independentemente do tipo de procedimento para a recolha dos dados, o instrumento deverá ser examinado de forma crítica e deve ser verificada a sua validade e fiabilidade.

Com base nestas orientações foi realizado um pré-teste (Apêndice III) a uma amostra de 5 enfermeiros perioperatórios que exercem funções em diferentes instituições. O pré-teste consistiu no preenchimento do questionário que se pretendia aplicar na instituição onde decorreu o presente estágio, ou seja, o questionário que se pretendia validar, bem como no preenchimento de um bloco de perguntas relacionadas com a elaboração do mesmo de modo a detetar eventuais falhas e melhorar o instrumento.

A aplicação do pré-teste teve lugar no mês de Janeiro de 2014. O bloco de perguntas relativo ao questionário aplicado anteriormente constituía-se por 9 questões, todas elas de resposta aberta e relativas à estrutura e elaboração do questionário.

As principais falhas identificadas prendiam-se com a não numeração das questões, a repetição de algumas questões e a formulação das mesmas. Quanto às instruções de preenchimento e clareza geral do questionário não foram apontadas falhas. Também foi apontada a extensão do questionário.

Após obtenção das respostas ao pré-teste procedeu-se a uma nova análise do questionário, com vista à correção das falhas identificadas. As principais alterações realizadas objetivaram a redução do número de perguntas do questionário (para que este não fosse tão exaustivo) e a melhor organização das mesmas (numerando as perguntas e agrupando-as de acordo com o tipo de resposta). As perguntas identificadas pelo grupo de pré-teste como “repetidas”, “parecidas” ou “pouco claras” foram também reformuladas.

Visto que o questionário possuía já algumas questões relativas ao tempo de experiência profissional (em Enfermagem, em BO e no BO da instituição em causa), optou-se por retirar a questão relativa à idade dos participantes. Considerou-se que esta questão não era relevante para os objetivos do questionário e que, dado o reduzido tamanho da amostra, se poderia constituir como um elemento identificativo dos participantes.

Por sugestão do enfermeiro orientador em contexto de estágio, incluiu-se no questionário uma questão relativa ao tipo de vínculo dos enfermeiros com a instituição, questão essa que se revelou bastante pertinente no que diz respeito à análise dos resultados e conclusões do questionário.

Assim, obteve-se um questionário dividido em 3 partes (Apêndice IV): uma primeira parte com vista à caracterização socioprofissional dos inquiridos, uma segunda parte com vista à caracterização do processo de integração dos enfermeiros no BO em questão e, uma última parte, com vista à recolha de eventuais sugestões para a melhoria deste processo.

Este questionário constituiu-se na sua maioria por perguntas de resposta fechada (escolha múltipla), e por algumas questões de resposta aberta (quer quanto aos tempos

de integração dos enfermeiros nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória, quer quanto à recolha de sugestões para a melhoria do processo de integração no serviço).

3.2.1.2.1.1. Considerações éticas

Correspondendo a metodologia de projeto, como já exposto neste relatório, a uma investigação centrada num problema real e, envolvendo o PIS a aplicação de um questionário no serviço em que decorreu o estágio, é essencial referir os aspetos éticos relacionados com o contexto de investigação e com a aplicação do questionário.

De acordo com a OE (2006), só a investigação assegura a produção e renovação contínuas do corpo de conhecimentos da profissão.

“A investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, (...) e concomitantemente na validação desses saberes” (OE, 2006, pp. 1-2).

Assim a investigação é essencial ao desenvolvimento e reconhecimento da profissão na medida em que promove cuidados baseados em conhecimento científico. No entanto os aspetos inerentes à investigação *“incluindo a maneira de suscitar a participação dos sujeitos”* (FORTIN, 1996, p.113) podem levantar questões éticas.

Deste modo qualquer investigação científica se qualifica como uma atividade humana *“(...) de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”* (MARTINS, 2008, cit. por NUNES, 2013, p. 3).

No seu sentido mais amplo a ética pode ser descrita como *“a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”* (FORTIN, 1996, p. 114).

“A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado; este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se um estudo, pelos seus métodos de experimentação ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados, viola este direito ou é suscetível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os sujeitos como para os próprios investigadores ou para a comunidade na globalidade” (FORTIN, 1996, p. 113).

Ainda de acordo com Fortin (1996), os códigos de ética determinam cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis ao ser humano em contexto de investigação: *“o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à*

confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal" (FORTIN, 1996, p. 116).

A participação de qualquer sujeito numa investigação pressupõe que seja concedido o seu consentimento livre e informado. O consentimento livre é aquele que *"é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais"* (FORTIN; 1996, p. 120). O consentimento é informado na medida em que o sujeito deve compreender o que lhe é pedido e quais os objetivos da investigação. Estas, e toda a demais informação, devem ser fornecidas por escrito pelo investigador.

No âmbito do PIS foi aplicado um questionário aos enfermeiros do BO da instituição privada em que decorreu o estágio.

Uma vez que o questionário em causa incidiu na realidade acerca do processo de integração dos enfermeiros no serviço, além do consentimento livre e informado de cada um dos enfermeiros, foi necessária uma autorização institucional prévia à aplicação do questionário.

"(...) não é da mesma natureza abordar uma pessoa para ser sujeito do estudo, na sua qualidade individual ou abordar um profissional no âmbito das suas funções numa determinada organização. Entrevistar ou aplicar questionários a enfermeiros, no seu contexto de trabalho, requer autorização institucional, pela natureza institucional dos dados. (...). Realizar estudos sobre realidades dos contextos de prática clínica requer, obrigatoriamente, informação e autorização do órgão máximo do estabelecimento" (NUNES, 2013, p. 8).

Assim, redigiu-se um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição em que decorreu o estágio, no qual se explicaram os objetivos do projeto e o âmbito em que este se inseria (1º Curso de MEPO), e explicou-se que os resultados seriam publicados preservando o anonimato quer dos enfermeiros, quer da instituição. Uma vez deferido este pedido de autorização procedeu-se então à aplicação do questionário no serviço.

Com base no previamente exposto relativamente ao consentimento livre e informado, o questionário, à semelhança do pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição em que decorreu o estágio, foi entregue aos enfermeiros com uma explicação sumária dos objetivos do projeto e do âmbito em que este se inseria, tendo-se reforçado o direito ao anonimato e à confidencialidade. Informaram-se também os enfermeiros que os resultados seriam publicados no presente relatório (preservando o anonimato quer dos enfermeiros, quer da instituição, como já referido). Com o objetivo de preservar o anonimato e de transmitir segurança aos enfermeiros no que diz respeito à

preservação do mesmo (promovendo assim a sua participação) não se recolheram assinaturas. Assim utilizou-se o consentimento tácito ou implícito: os enfermeiros que de livre e espontânea vontade respondessem ao questionário e o devolvessem estariam a consentir a sua participação e inclusão dos dados fornecidos no presente relatório.

3.2.1.2.1.2. Resultados

O questionário foi distribuído no BO da instituição onde decorreu o presente estágio no mês de Março 2014. Nesta altura, a equipa de Enfermagem do serviço, ou o Universo da pesquisa, era constituída por 27 elementos, tendo sido entregue um questionário a cada um destes elementos. Responderam ao questionário 24 destes elementos, o que constituiu uma amostra representativa de aproximadamente 90% dos enfermeiros do serviço.

Tratou-se de um estudo descritivo no qual para a análise dos dados se recorreu a métodos quantitativos e qualitativos (visto haver algumas questões de resposta aberta). Nas questões de resposta aberta foi necessário recorrer à análise de conteúdo e categorização das respostas de modo a obter uma análise quantitativa.

No que diz respeito à caracterização socioprofissional, dos 24 elementos que responderam ao questionário, 10 tinham contrato a termo ou a tempo indeterminado com a instituição, enquanto 14 trabalhavam em regime de prestação de serviços (Gráfico 1).

Tipo de vínculo com a instituição:

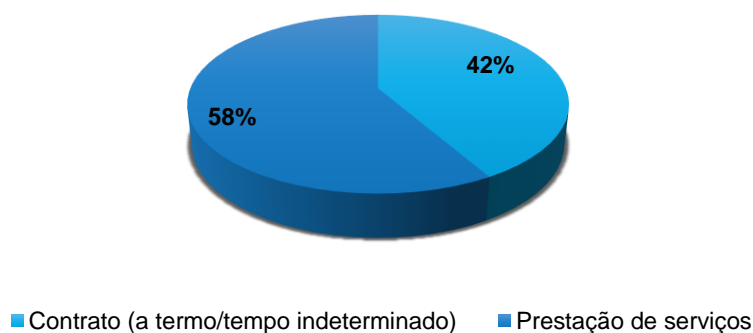


Gráfico 1: Tipo de vínculo com a instituição

Dos respondentes, 15, eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino (Gráfico 2).

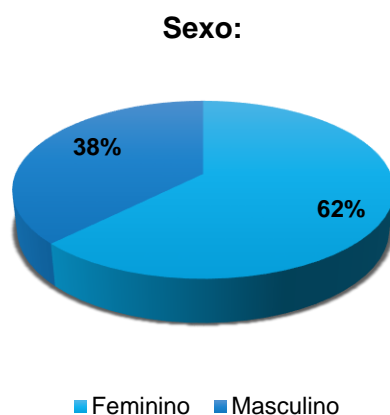


Gráfico 2: Sexo

Quanto ao tempo de experiência profissional, importa referir que neste questionário se procurou diferenciar entre experiência profissional em Enfermagem, e experiência profissional em BO (quer noutras instituições, quer na instituição em questão). Verificou-se que a grande maioria dos elementos já possuía experiência profissional antes de iniciar o exercício de funções na presente instituição, sendo que apenas 4 elementos referiram não ter experiência profissional prévia, como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 1):

Tempo de experiência profissional em...	Enfermagem		Bloco Operatório			
			Noutras instituições		Na presente instituição	
Número/percentagem de elementos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhum			4	17		
Menos de 2 anos	1	4			6	25
Entre 2 e 5 anos	4	17	5	21	9	37,5
Mais de 5 anos					9	37,5
Entre 6 e 15 anos	11	46	10	41		
Mais de 15 anos	8	33	5	21		
Total	24	100	24	100	24	100

Tabela 1: Tempo de experiência profissional

Relativamente à caracterização do processo de integração dos inquiridos na presente instituição, quando questionados relativamente ao conhecimento da norma de serviço relativa ao processo de integração de novos enfermeiros em vigor, metade afirmam não estar familiarizados com este documento (Gráfico 3).

**Está familiarizado/a com a norma de serviço
relativa ao processo de integração?**

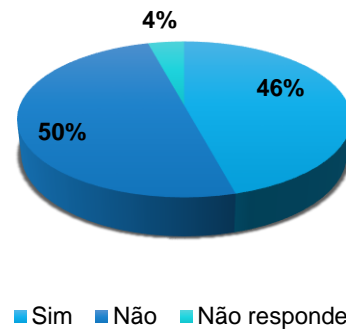


Gráfico 3: Conhecimento da norma de serviço relativa ao processo de integração de novos elementos

Quanto ao processo de integração propriamente dito os participantes foram questionados acerca de diversos aspetos.

A maioria dos participantes afirma que a instituição lhes foi apresentada na altura em que iniciaram funções (Gráfico 4).

**A instituição foi-lhe apresentada quando foi
admitido/a na mesma (missão, valores, espaço
físico, funcionamento dos serviços...)?**

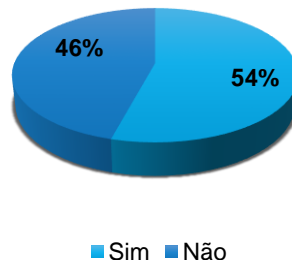


Gráfico 4: Apresentação da instituição aos novos elementos

No que diz respeito à avaliação da evolução dos novos enfermeiros no serviço, 19 elementos afirmaram que não tiveram qualquer reunião com o enfermeiro responsável para avaliar a sua evolução (Gráfico 5).

Durante o seu processo de integração teve alguma reunião com o enfermeiro chefe para avaliar a sua evolução?



Gráfico 5: Reuniões com o enfermeiro responsável ao longo do processo de integração

Quanto à atribuição de um enfermeiro integrador aos novos elementos para facilitar o processo de integração no serviço apenas 9 dos 24 enfermeiros que constituem a amostra referem ter tido um enfermeiro integrador (Gráfico 6).

Foi nomeado um enfermeiro integrador para facilitar a sua integração no serviço?

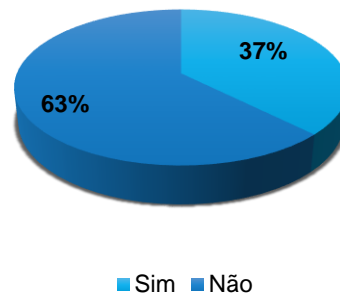


Gráfico 6: Atribuição de enfermeiro integrador aos novos enfermeiros

Apesar de 9 elementos terem afirmado ter-lhes sido atribuído um enfermeiro integrador para facilitar o processo de integração no serviço, apenas uma pequena minoria refere ter tido acompanhamento por parte do enfermeiro integrador (Gráfico 7).

Durante o seu período de integração no serviço foi sempre acompanhado pelo enfermeiro integrador?

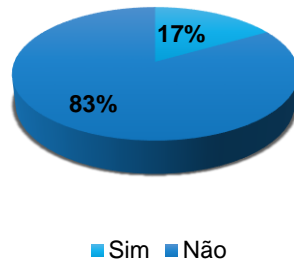


Gráfico 7: Acompanhamento dos novos enfermeiros pelo enfermeiro integrador

Apesar da não existência de um enfermeiro integrador que facilitasse o processo de integração, metade dos inquiridos afirmaram ter tido o acompanhamento de outros enfermeiros durante o período de adaptação ao serviço (Gráfico 8).

Ficava acompanhado/a de outros enfermeiros quando o enfermeiro integrador não estava presente?

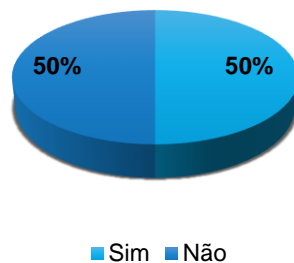


Gráfico 8: Acompanhamento dos novos enfermeiros por outros enfermeiros que não o enfermeiro integrador

No que diz respeito ao acolhimento na instituição, os participantes foram questionados quanto aos aspetos que lhes foram dados a conhecer aquando a sua admissão no serviço.

A grande maioria dos participantes afirma ter conhecido o espaço físico do BO, a dinâmica do mesmo, os equipamentos disponíveis e a equipa multidisciplinar. Outros aspetos, como a missão e os valores do serviço ou as normas e protocolos, foram referidos por um menor número de participantes (Gráfico 9).

Quando foi admitido/a no serviço deram-lhe a conhecer:

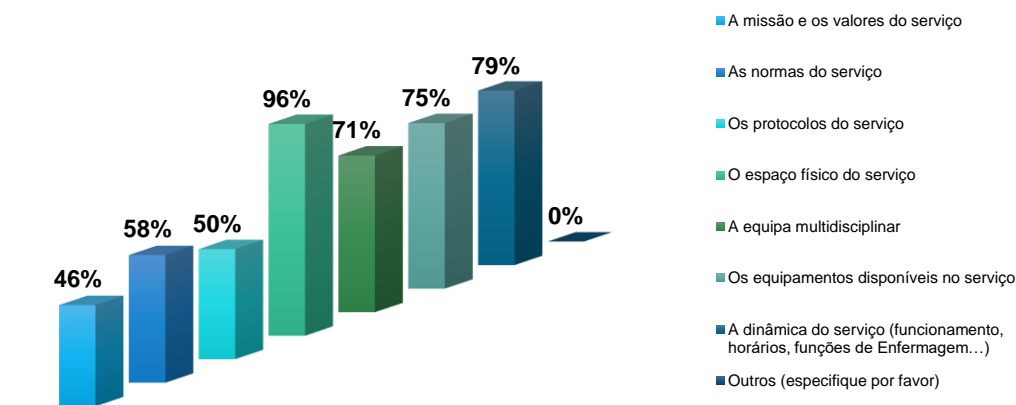


Gráfico 9: Apresentação do serviço

Quanto aos momentos contemplados pelo período de integração no serviço, metade dos inquiridos afirmam ter tido um período de observação e 16 referem a visita guiada ao BO e a integração na anestesia. Já a integração nas restantes vertentes da Enfermagem Perioperatória foi referida por menor número de elementos (Gráfico 10).

Indique os diferentes momentos contemplados pelo seu período de integração:

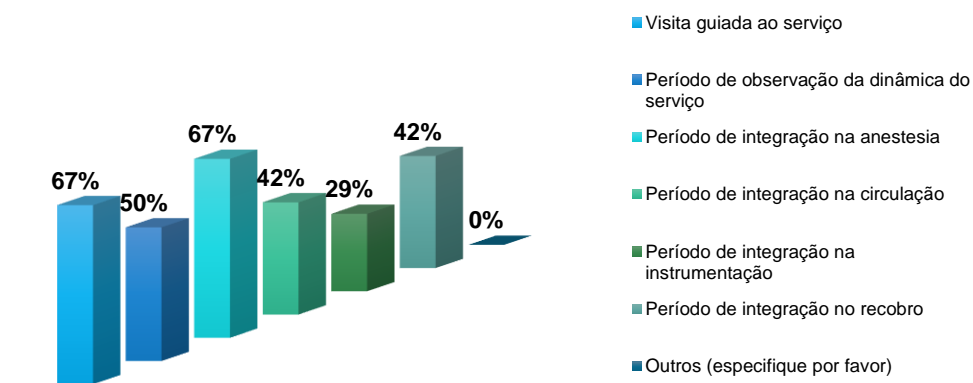


Gráfico 10: Momentos contemplados pelo período de integração no serviço

Os elementos do serviço foram também questionados quanto ao tempo de integração em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória.

Tratando-se de uma questão de resposta aberta houve necessidade de categorizar as respostas. Na tabela seguinte descreve-se esta categorização (Tabela 2):

Categoria	
Sem integração	Aplica-se a todos os elementos que referiram não ter tido integração. Unidades de Registo: “Não tive integração em nenhuma destas áreas”; “Não tive”; “0”.
Menos de 1 semana	Aplica-se a todos os elementos que referem apenas alguns dias de integração. Unidades de Registo: “5 dias”; “1/2 dias”; “1 dia”; “Dias (não sei especificar)”; “2/3 dias”; “2 dias”; “1 dia”.
Entre 1 semana e 1 mês	Aplica-se a todos os elementos que referem períodos de integração de pelo menos 1 semana e menos de 1 mês. Unidades de Registo: “2 semanas”; “Menos de 1 mês”; “1 semana”; “+/- 2 semanas”.
Mais de 1 mês	Aplica-se a todos os elementos que referiram ter tido um período de integração de 1 mês ou mais. Unidades de Registo: “3 meses”; “1 mês”; “+/- 1 mês”.
Não aplicável	Aplica-se a todos os elementos que não responderam à questão, que referem ainda estar em integração ou a respostas incompletas, por não serem possíveis de contabilizar. Unidades de Registo: “Ainda em fase inicial de integração no serviço”; “Não me recordo”; “1”; “Ainda em integração”; “Ainda não desempenhei esta função nesta instituição”.

Tabela 2: Categorização dos períodos de integração referidos pelos enfermeiros do serviço

No que diz respeito à vertente perioperatória da anestesia, 1 elemento referiu não ter tido integração, 6 referiram ter tido menos de uma semana de integração, 5 entre uma e duas semanas de integração e 4 mais de um mês. Os restantes 8 ou não responderam ou tinham respostas incompletas, ou não se recordavam ou ainda estavam em integração.

Quanto à vertente perioperatória da circulação, o número de elementos que referiu ou não ter tido integração ou apenas alguns dias, foi exatamente igual ao número de elementos que referiu as mesmas respostas na anestesia (1 e 6, respetivamente). Houve 1 elemento que referiu ter tido duas semanas de integração nesta vertente da Enfermagem Perioperatória, e 3 que referiram um mês de integração. Nesta questão a número de elementos que ou não responderam ou tinham respostas incompletas, ou não se recordavam ou ainda estavam em integração foi 13.

A questão relativa à vertente perioperatória da instrumentação foi aquela em que houve maior número de elementos que não responderam, ou ainda estavam em integração ou não se recordavam. Um total de 15 elementos. Dos restantes elementos, enquanto 2 referiram não ter tido integração e 3 alguns dias apenas, 2 referiram entre uma semana e um mês, outros 2 mais de um mês.

Por fim, quanto à UCPA, 10 elementos não responderam ou referiram ainda estar em integração. Dos restantes 14 elementos, 3 referiram não ter tido integração, 6 referiram alguns dias e 5 mais de uma semana e menos de um mês.

As respostas a esta questão podem ser observadas no gráfico seguinte (Gráfico 11):

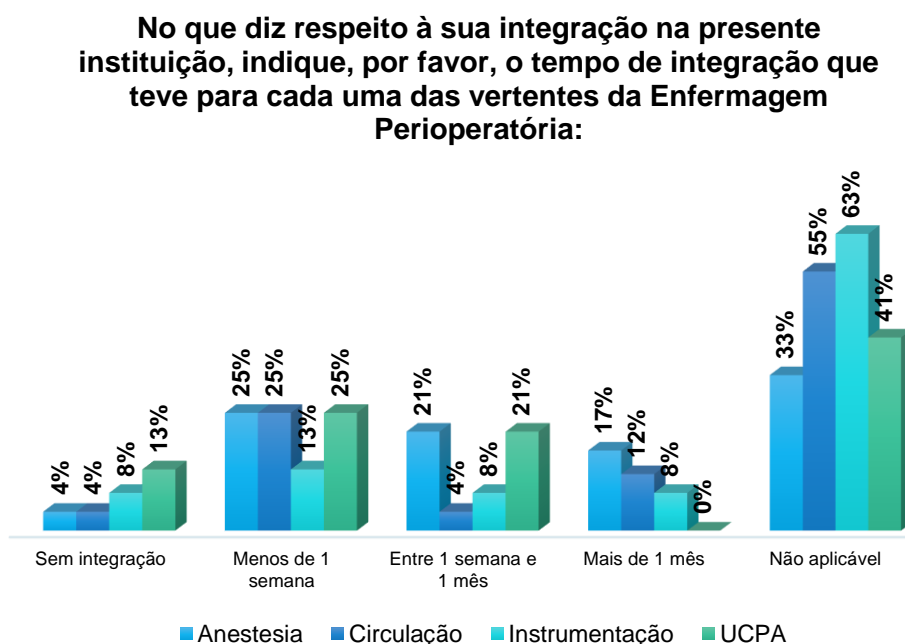


Gráfico 11: Tempo de integração dos enfermeiros nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória

Os enfermeiros do serviço foram também questionados acerca de um eventual documento orientador como um guia de integração e se este documento se constituiria como uma boa ferramenta para facilitar o seu processo de integração no serviço.

A esta questão a grande maioria respondeu que sim. Apenas 1 elemento respondeu que não, enquanto outro elemento não respondeu. Podemos observar as respostas a esta questão no próximo gráfico (Gráfico 12):

Considera que um "Guia de integração" seria uma boa ferramenta para facilitar o processo de integração dos enfermeiros no serviço?



Gráfico 12: Opinião dos enfermeiros quanto à criação de um documento orientador para facilitar o processo de integração no serviço

Ainda no que diz respeito à caracterização do processo de integração dos enfermeiros no serviço, estes foram questionados quanto ao seu grau de satisfação em diferentes parâmetros, nomeadamente: o empenho global da organização no processo de integração dos novos elementos, o nível de envolvimento dos superiores hierárquicos neste processo, o *feedback* dos mesmos ao longo do processo de integração dos novos elementos, o empenho do enfermeiro responsável no processo de integração, o envolvimento do mesmo no processo de socialização dos novos elementos com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, a disponibilidade do enfermeiro responsável para participar do processo de integração dos novos elementos, o apoio do mesmo aos novos elementos, bem como os mecanismos de consulta e diálogo por este utilizados, a preparação da equipa de Enfermagem para a chegada dos novos elementos, o apoio dos colegas e da restantes equipa multidisciplinar, a documentação de suporte fornecida e, por fim, o acesso às normas do serviço.

Para a avaliação do grau de satisfação dos enfermeiros com os diferentes parâmetros, aplicou-se uma escala de *Likert* graduada de 1 a 5, em que:

- 1 = Muito insatisfeito; 2 = Insatisfeito; 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito; 4 = Satisfeito; 5 = Muito satisfeito.

Quanto ao empenho global da organização no processo de integração dos enfermeiros, grande parte dos participantes revelou-se satisfeita (Gráfico 13).

O empenho global da organização (apoio administrativo, informação fornecida acerca da instituição, informação acerca do serviço...):

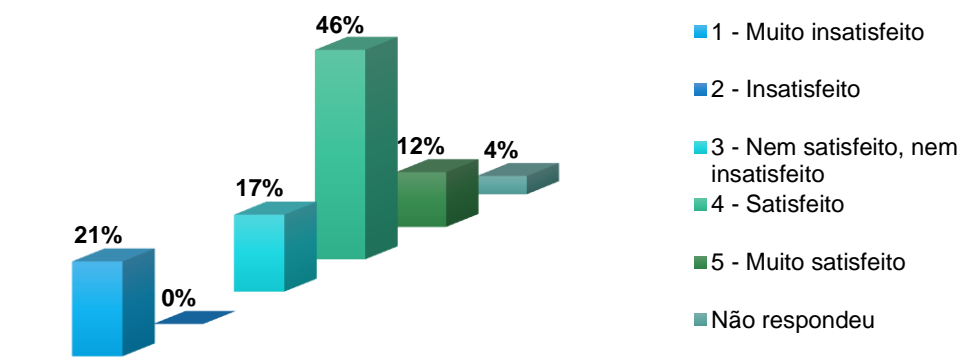


Gráfico 13: Empenho global da organização no processo de integração de novos enfermeiros

Quando questionados acerca do nível de envolvimento dos superiores hierárquicos no seu processo de integração, grande parte dos enfermeiros também se revelou satisfeita. Ainda assim, 5 elementos revelaram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos (Gráfico 14).

O nível de envolvimento dos superiores hierárquicos (Direção de Recursos Humanos, Direção de Enfermagem, chefia de Enfermagem...) no seu processo de integração:

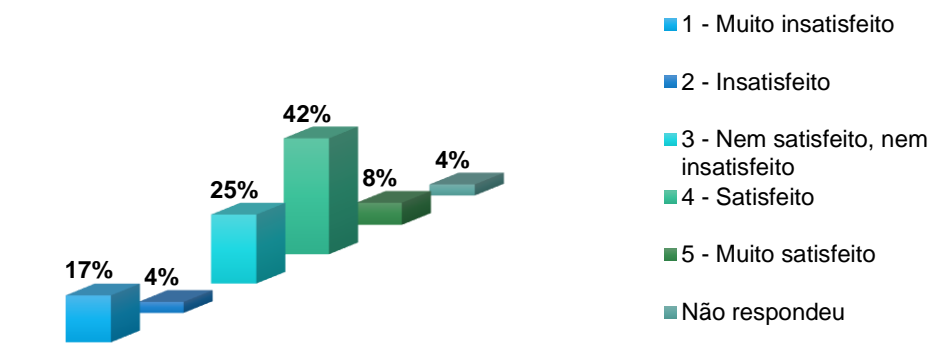


Gráfico 14: Nível de envolvimento dos superiores hierárquicos no processo de integração dos novos enfermeiros

Quanto ao *feedback* dos superiores hierárquicos relativamente à integração dos enfermeiros, a maioria não ficou nem satisfeita, nem insatisfeita (Gráfico 15).

O *feedback* dos superiores hierárquicos ao longo deste processo:

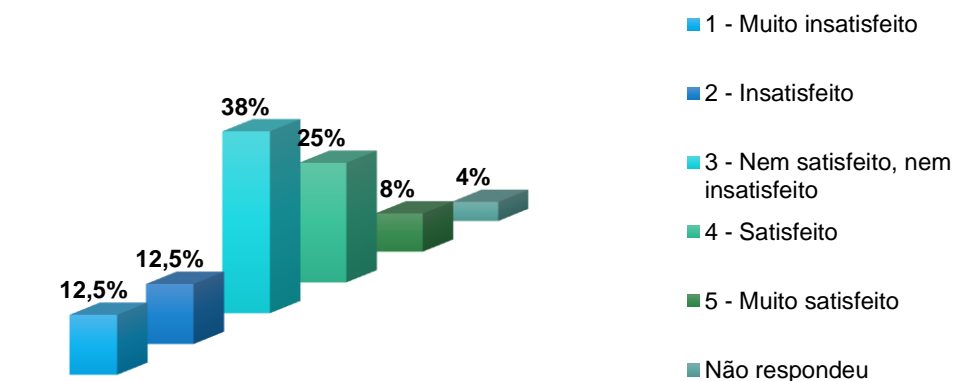


Gráfico 15: *Feedback* dos superiores hierárquicos ao longo do processo de integração dos novos enfermeiros

Já no que diz respeito ao empenho do enfermeiro responsável no processo de integração dos novos enfermeiros, a maioria mostrou-se satisfeita (Gráfico 16).

O empenho do enfermeiro chefe no seu processo de integração:

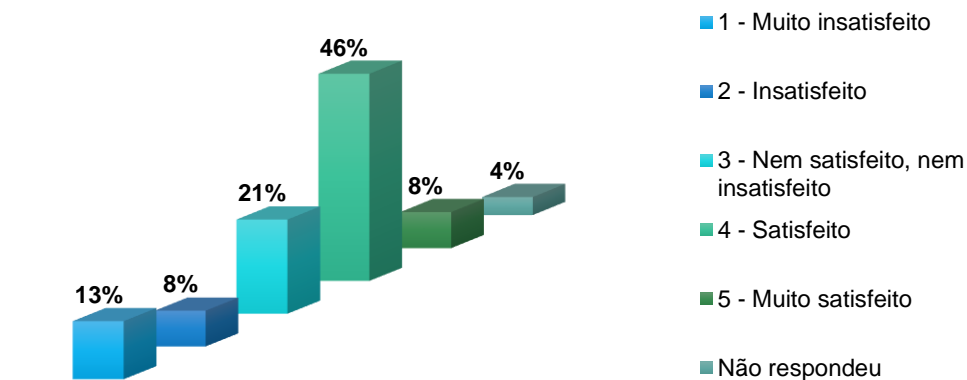


Gráfico 16: Empenho do enfermeiro responsável no processo de integração dos novos enfermeiros no serviço

Quanto ao envolvimento do enfermeiro responsável no processo de socialização, a grande maioria dos elementos mostra-se satisfeita (Gráfico 17).

O envolvimento do enfermeiro chefe no seu processo de socialização com os restantes elementos da equipa multidisciplinar:

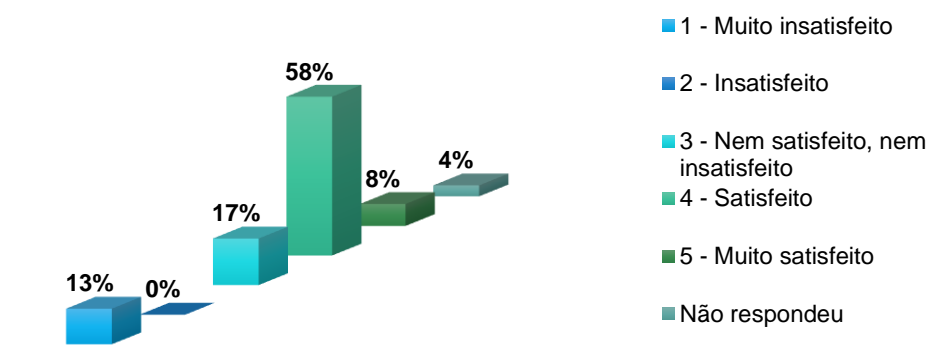


Gráfico 17: Envioimento do enfermeiro responsável no processo de socialização dos novos elementos com a restante equipa multidisciplinar

Ainda relativamente ao enfermeiro responsável, a maioria dos enfermeiros mostraram-se satisfeitos com a sua disponibilidade para participar do processo de integração dos mesmos (Gráfico 18).

A disponibilidade do enfermeiro chefe para participar no seu processo de integração:

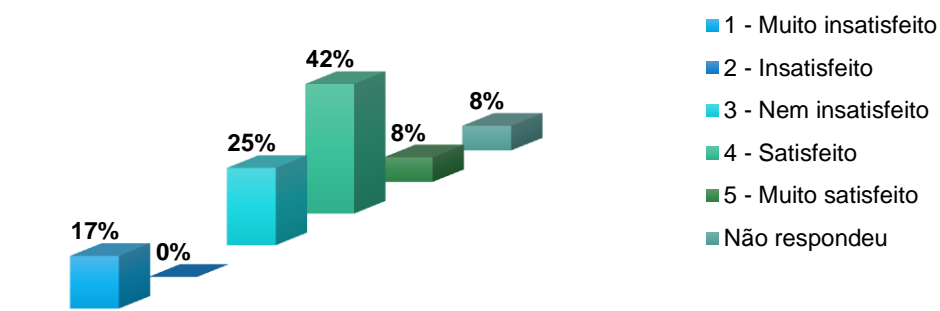


Gráfico 18: Disponibilidade do enfermeiro responsável para participar do processo de integração dos novos enfermeiros no serviço

Quanto ao apoio do enfermeiro responsável ao longo do processo de integração, mais uma vez, a maioria dos elementos mostra-se satisfeita (Gráfico 19).

O apoio do enfermeiro chefe (*feedback* da sua prestação, resolução de problemas, disponibilidade para ouvir, esclarecimento de dúvidas...):

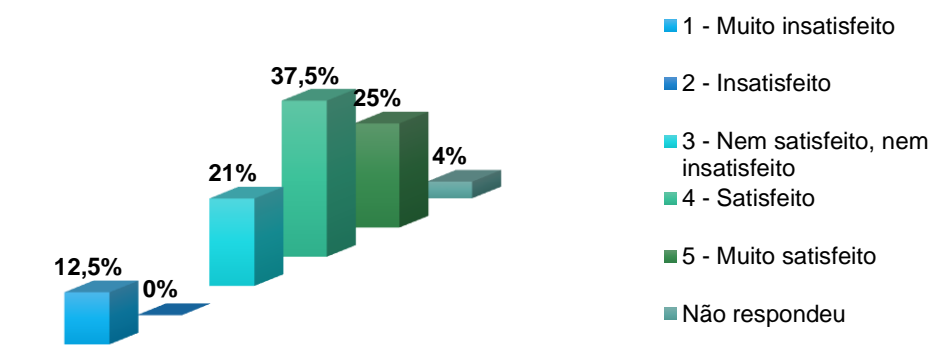


Gráfico 19: Apoio por parte do enfermeiro responsável aos novos enfermeiros

Relativamente aos mecanismos de consulta e diálogo com o enfermeiro responsável e/ou com o enfermeiro integrador (quando aplicável), a maioria dos elementos mostrou-se satisfeita, no entanto 5 elementos mostraram-se insatisfeitos e/ou muito insatisfeitos. As respostas poderão ser observadas no gráfico seguinte (Gráfico 20):

Os mecanismos de consulta e diálogo com os principais envolvidos no seu processo de integração (chefia de Enfermagem, enfermeiro integrador):

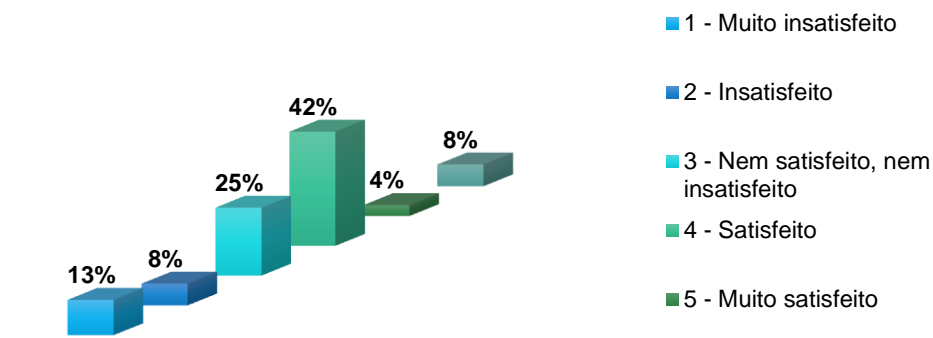


Gráfico 20: Mecanismos de consulta e diálogo com o enfermeiro responsável e/ou enfermeiro integrador

Quanto à preparação da equipa de Enfermagem para a chegada de novos elementos a maioria dos elementos mostrou-se satisfeita (Gráfico 21).

A preparação da equipa de Enfermagem para a sua chegada enquanto novo elemento:

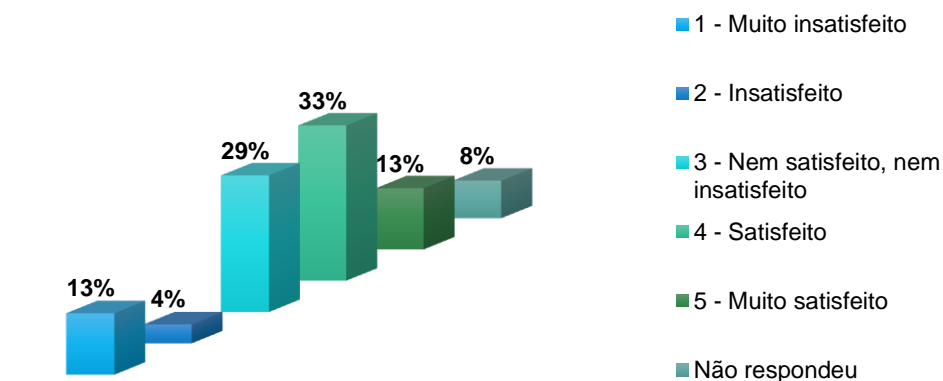


Gráfico 21: Preparação prévia da equipa de Enfermagem do serviço para a chegada dos novos enfermeiros

A questão relativa ao apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar foi, sem sombra de dúvida, a questão onde se verificou uma maior taxa de satisfação, sendo que nesta questão 10 elementos referiram estar satisfeitos, enquanto outros 10 referiram estar muito satisfeitos. Apenas 4 elementos referiram um grau de satisfação menor ou não responderam à questão (Gráfico 22).

O apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar:

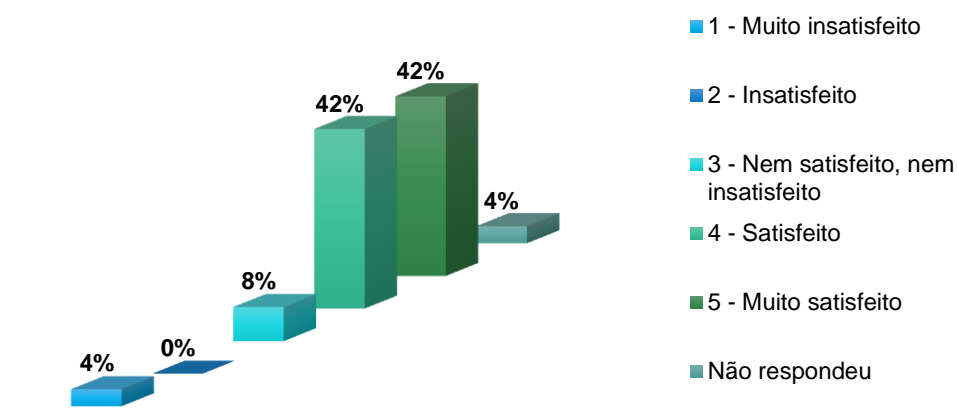


Gráfico 22: Apoio da equipa de Enfermagem e da restante equipa multidisciplinar aos novos enfermeiros

Quanto ao fornecimento de documentação de suporte a maioria respondeu que não estava nem satisfeita, nem insatisfeita (Gráfico 23).

O fornecimento de documentação de suporte:

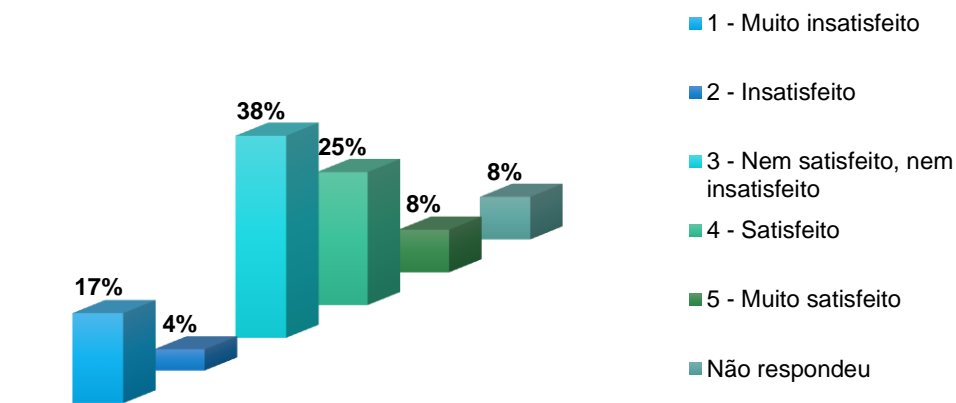


Gráfico 23: Fornecimento de documentação de suporte aos novos enfermeiros

No que diz respeito ao acesso às normas do serviço, mais uma vez a maioria dos inquiridos mostrou-se ou satisfeita ou, nem satisfeita, nem insatisfeita, como se pode observar no próximo gráfico (Gráfico 24):

O acesso às normas do serviço:

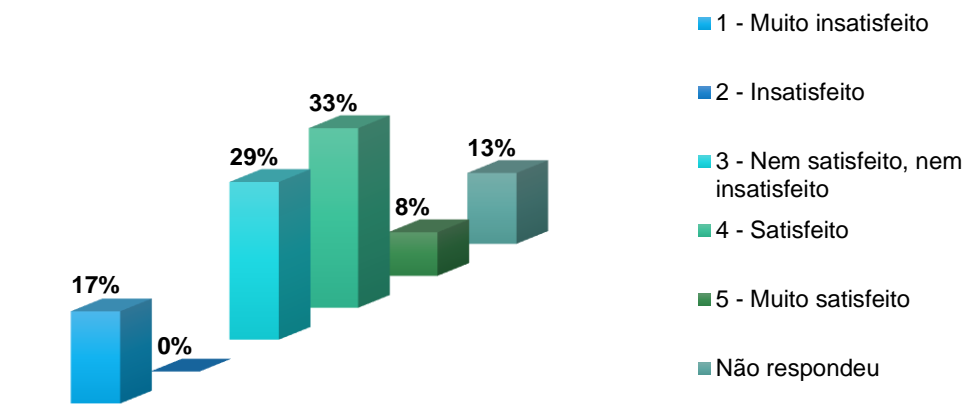


Gráfico 24: Acesso às normas de procedimento do serviço

No que diz respeito ao desempenho do enfermeiro integrador, como já constatado, apenas 9 dos 24 inquiridos afirmaram ter tido um enfermeiro integrador durante o seu processo de integração.

Assim, nas questões seguintes apenas foi contemplada uma amostra de 9 enfermeiros: aqueles a quem foi atribuído um enfermeiro integrador.

Para a avaliação do desempenho do enfermeiro integrador, os participantes foram questionados quanto ao empenho do mesmo no processo de integração dos novos

elementos, à disponibilidade por este demonstrada para o ensino e resolução de problemas, à documentação de apoio fornecida pelo enfermeiro integrador aos novos elementos para facilitar a sua adaptação ao contexto de trabalho, à preparação teórica do enfermeiro integrador para o esclarecimento de dúvidas, ao conhecimento do serviço demonstrado pelo mesmo, à transmissão de conhecimentos e, por fim, ao envolvimento do enfermeiro integrador no processo de socialização entre o novo elementos e os demais elementos da equipa de Enfermagem.

Nestas questões, referentes ao desempenho do enfermeiro integrador, utilizou-se a mesma escala de *Likert* que havia sido utilizada nas questões anteriores, em que:

- 1 = Muito insatisfeito; 2 = Insatisfeito; 3 = Nem satisfeito, nem insatisfeito; 4 = Satisfeito; 5 = Muito satisfeito.

No que diz respeito ao empenho do enfermeiro integrador no processo de integração dos novos enfermeiros, a maioria dos inquiridos mostrou-se satisfeita, como se pode verificar no gráfico seguinte (Gráfico 25):

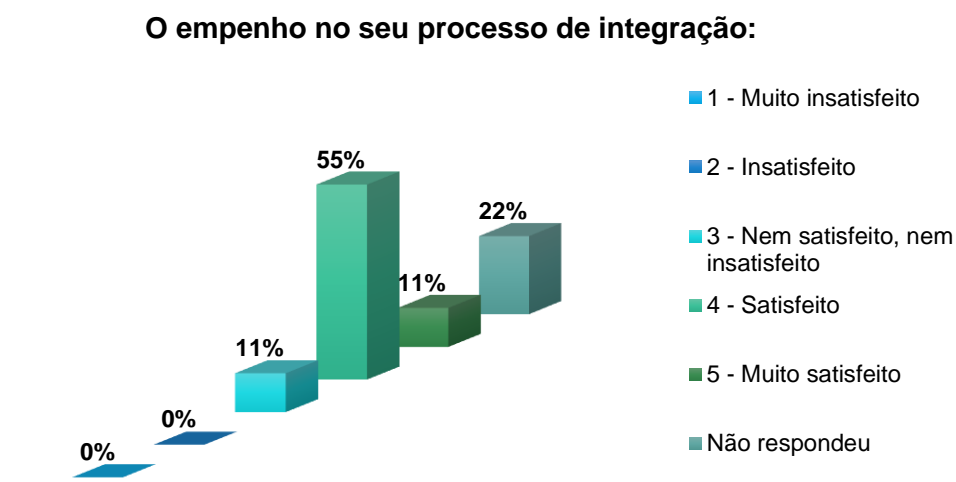


Gráfico 25: Empenho do enfermeiro integrador no processo de integração dos novos elementos no serviço

Quanto à disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro integrador quer para o ensino, quer para a resolução de problemas, mais uma vez a maioria mostrou-se satisfeita (Gráfico 26).

A disponibilidade demonstrada para o ensino e resolução de problemas:

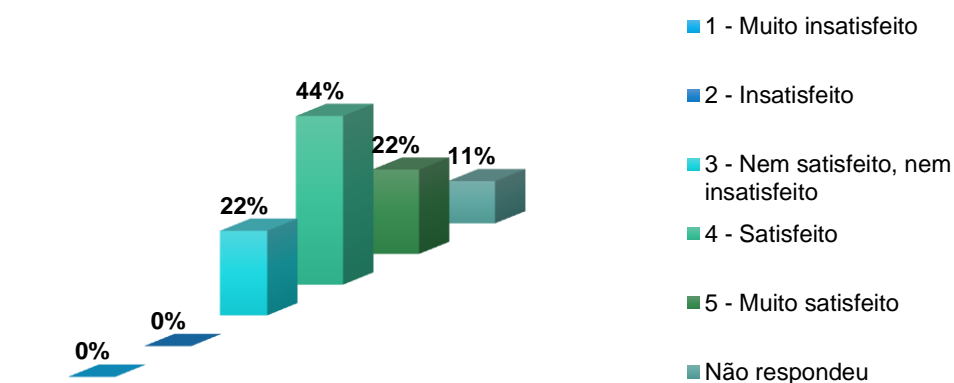


Gráfico 26: Disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro integrador para o ensino e resolução de problemas

À semelhança da questão anterior, os enfermeiros também se mostraram satisfeitos com a documentação de apoio fornecida pelo enfermeiro integrador (Gráfico 27).

A documentação de apoio fornecida para facilitar a sua integração:

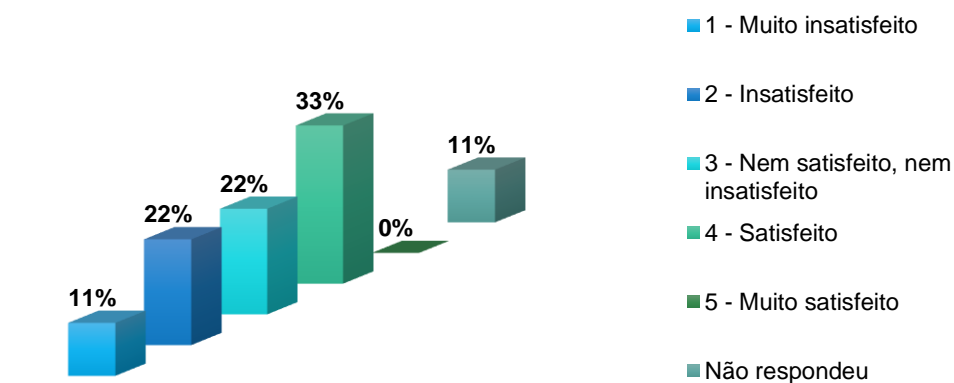


Gráfico 27: Documentação de apoio fornecida pelo enfermeiro integrador

Nenhum elemento se mostrou nem muito insatisfeito, nem insatisfeito com a preparação teórica do enfermeiro integrador para o esclarecimento de dúvidas. A esta questão 4 dos 9 elementos responderam como estando satisfeitos (Gráfico 28).

A preparação teórica para responder às suas dúvidas:

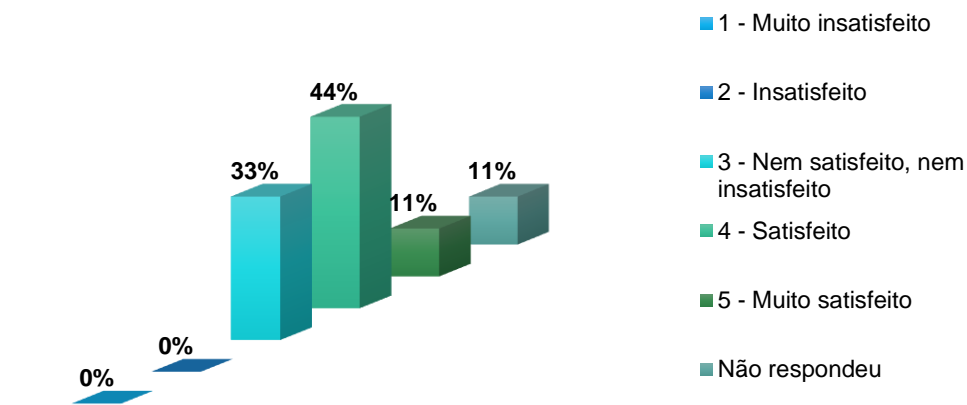


Gráfico 28: Preparação teórica do enfermeiro integrador para o esclarecimento de dúvidas aos novos enfermeiros

No que diz respeito ao conhecimento do serviço demonstrado pelo enfermeiro integrador, mais uma vez, a maioria dos elementos mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita (Gráfico 29).

O conhecimento do serviço:

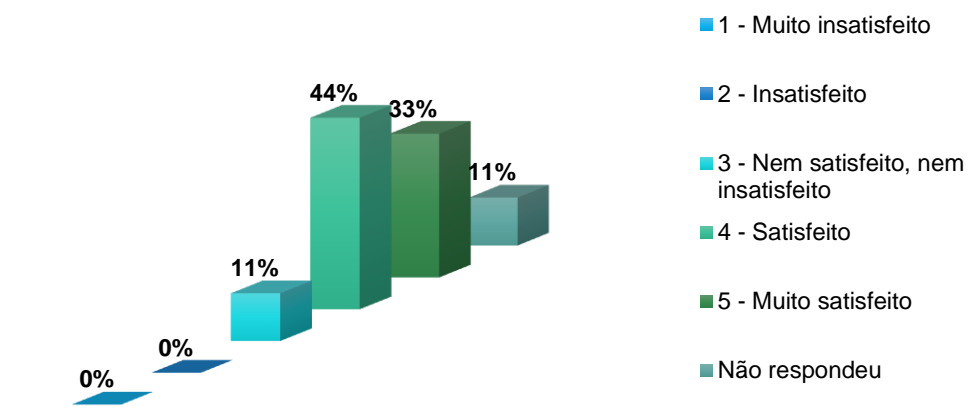


Gráfico 29: Conhecimento do serviço demonstrado pelo enfermeiro integrador aos novos enfermeiros

Quanto à transmissão de conhecimentos pelo enfermeiro integrador aos novos elementos, nenhum dos inquiridos se mostrou nem muito insatisfeito, nem insatisfeito. A maioria referiu estar satisfeita (Gráfico 30).

A transmissão de conhecimentos:

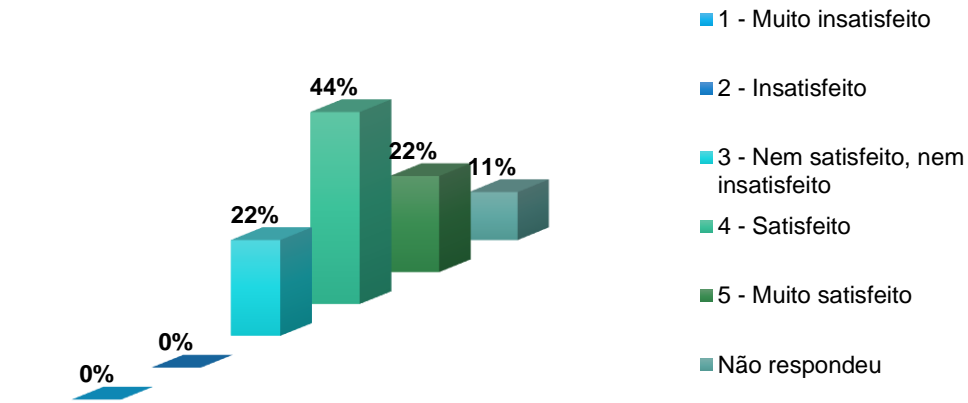


Gráfico 30: Transmissão de conhecimentos pelo enfermeiro integrador

Quanto ao envolvimento do enfermeiro integrador no processo de socialização do novo elemento com os restantes elementos da equipa de Enfermagem, a maioria dos inquiridos revelou-se satisfeita ou muito satisfeita (Gráfico 31).

O envolvimento no processo de socialização entre o novo elemento e a restante equipa de Enfermagem:

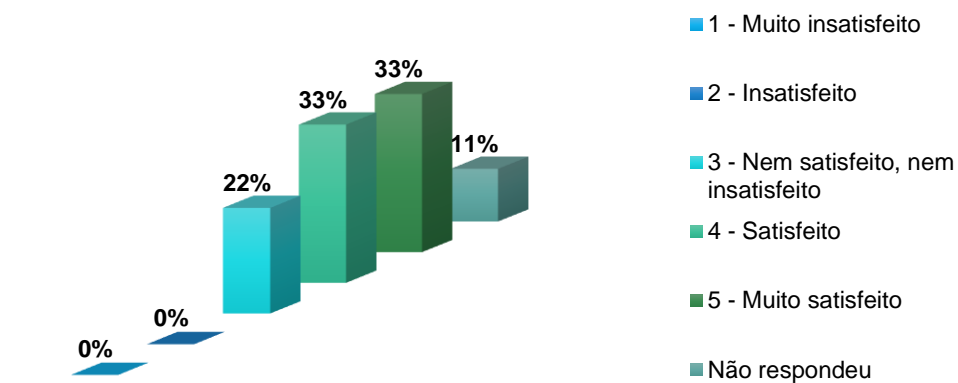


Gráfico 31: Envolvimento do enfermeiro integrador no processo de socialização entre o novo elemento e os restantes elementos da equipa de Enfermagem

Por fim, na parte final do questionário, colocaram-se algumas questões de resposta aberta com o objetivo de recolher informações quer sobre as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando da sua chegada ao serviço, quer sobre os principais aspetos facilitadores da sua integração. Também se procurou recolher sugestões quer para a melhoria do processo de integração de novos elementos, quer para os principais conteúdos a incluir num eventual guia orientador.

Por se tratarem de questões de resposta aberta foi necessário recorrer a uma análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (1977, cit. por Saikoski, 2008), a análise de conteúdo corresponde a uma série de técnicas de análise das comunicações, que objetivam a descrição do conteúdo das mensagens indicadores, permitindo a inferência de conhecimentos relativos a estas mensagens. A análise de conteúdo implica uma “categorização” das mensagens de modo a alcançar o núcleo central do texto e devem-se apoiar em unidades de registo, ou seja, em segmentos do conteúdo que se pretende analisar, ou em unidades de contexto, que se constituem como segmentos mais longos do conteúdo em análise.

Optou-se por recorrer às unidades de contexto, transcrevendo as respostas dadas pelos inquiridos na íntegra, uma vez que de um modo geral estas respostas foram breves, e as unidades de contexto são mais fidedignas, pois, ao contrário do que acontece com as unidades de registo, nas unidades de contexto não existe o risco de descontextualizar os segmentos do conteúdo.

No que diz respeito aos aspetos que consideraram facilitadores do seu próprio processo de integração na instituição, procuraram-se os elementos comuns às diferentes respostas e após uma análise de conteúdo definiram-se como categorias principais:

- **“Sem integração”** – para aqueles que referiram não ter tido processo de integração;
- **“Disponibilidade e/ou apoio da equipa multidisciplinar e/ou de Enfermagem”** – para os que referiram quer o apoio da equipa multidisciplinar, quer o apoio da Equipa de Enfermagem;
- **“Enfermeiro integrador”** – para os que referiram esta figura de referência como aspeto facilitador;
- **“Sem resposta”** – para os elementos que não responderam à questão.

A análise de conteúdo relativa a esta questão encontra-se detalhada na tabela seguinte (tabela 3):

Categoria	Palavras-chave	n	Unidades de Contexto
Sem integração	Não; nenhum; integração.	5	“Não tive integração”; “Não tive processo de integração”; “Não tive integração”; “Nenhum. Não tive qualquer integração. Nem um enfermeiro que me orientasse”; “Nenhum. Não tive integração”.
Disponibilidade e/ou apoio da equipa multidisciplinar e/ou de Enfermagem	Disponibilidade; Enfermagem; multidisciplinar; apoio; ajuda; bom ambiente; solidariedade.	13	“Disponibilidade dos colegas para ajudar; bom ambiente da equipa multidisciplinar; tolerância”; “Disponibilidade da equipa”; “Boa relação entre a equipa de Enfermagem”; “A disponibilidade da equipa multidisciplinar”; “A disponibilidade dos colegas para nos ensinar e ajudar”; “A disponibilidade da equipa em ajudar no que fosse necessário”; “Apoio da equipa de Enfermagem, dos mais experientes”; “Apoio da equipa multidisciplinar”; “Experiência pessoal e ajuda dos colegas”; “O bom ambiente. A boa dinâmica do serviço”; “A solidariedade entre todos os elementos da equipa”; “Disponibilidade dos colegas, observação e guias existentes de apoio”; “A disponibilidade de toda a equipa/chefe”.
Enfermeiro integrador	Orientador; integrador.	2	“O acompanhamento do enfermeiro orientador e a sua total disponibilidade e empenho no processo de integração, embora tenha sido curto”; “Boa empatia com o enfermeiro integrador”.
Sem resposta	–	4	–
TOTAL		24	

Tabela 3: Análise de conteúdo: aspetos facilitadores do processo de integração dos enfermeiros no serviço

Como se pode verificar, o aspeto maioritariamente referido pelos elementos prende-se com a disponibilidade quer dos colegas da equipa de Enfermagem, quer dos restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Apenas um reduzido número de elementos mencionou a figura do enfermeiro integrador.

Dos elementos que responderam a esta questão 5 afirmaram não ter tido processo de integração no serviço.

As respostas a esta questão podem ser observadas no gráfico que se segue (Gráfico 32):

Durante o seu processo de integração quais os aspetos que considerou facilitadores do mesmo?

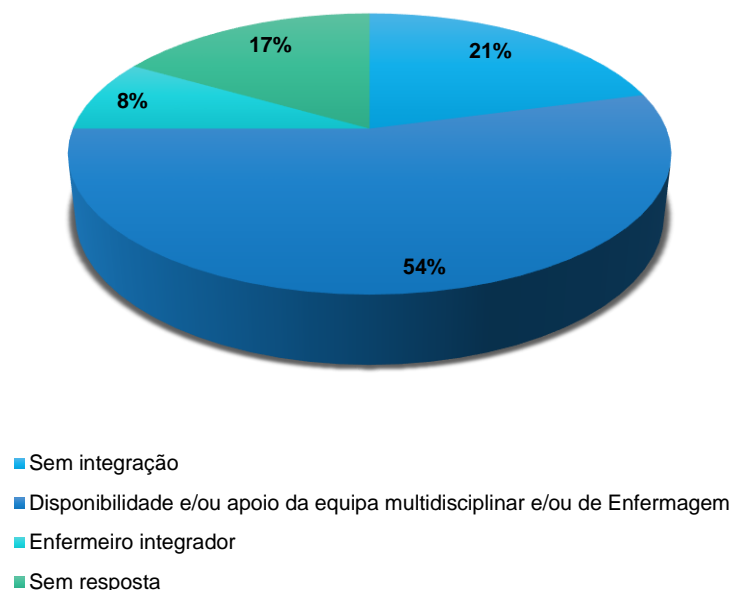


Gráfico 32: Aspetos facilitadores do processo de integração dos enfermeiros no serviço

Quanto às principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante o seu processo de integração, foram definidas as seguintes categorias:

- **“Sem integração e/ou enfermeiro integrador”** – para os que referiram não ter tido processo de integração ou acompanhamento por parte de um enfermeiro de referência;
- **“Especificidade do serviço/aquisição de conhecimentos”** – para os que referiram a adaptação ao novo contexto de trabalho, a sua especificidade ou a necessidade de adquirir novos conhecimentos;
- **“Curtos períodos de adaptação ao serviço”** – para os que referiram a falta de tempo ou a necessidade de adquirir novos conhecimentos de um modo rápido;
- **“Exercício de novas funções”** – para os que referem ter tido a necessidade de desempenhar funções com as quais não estavam devidamente familiarizados e/ou para as quais não se sentiam preparados;
- **“Sem dificuldades”** – para os elementos que responderam “não” a esta questão;
- **“Sem resposta”** – para os elementos que não responderam à questão.

Na tabela seguinte observa-se a análise de conteúdo realizada (tabela 4):

Categoria	Palavras-chave	n	Unidades de Contexto
Sem integração e/ou enfermeiro integrador	Não; integração; integrador; orientador.	5	“Algumas dificuldades. Não tive processo de integração ”; “ Não haver 1 elemento integrador ”; “Localização de materiais. Iniciar funções sem a respetiva integração . Pouco tempo ou ausência de enfermeiros em certas funções”; “O facto de não ter um enfermeiro orientador , que me fosse dando reforço positivo ou negativo”; “Por vezes senti que a integração foi um processo onde estive muito sozinho”.
Especificidade do serviço/aquisição de conhecimentos	Procedimentos; especificidade; conhecimentos; dinâmica; equipamentos; materiais; práticas.	9	“Mecanismos do serviço; procedimentos ”; “Dificuldade em conseguir adaptar à especificidade do serviço”; “Um ambiente novo, novas dinâmicas , novos conhecimentos . Senti necessidade de estudar novos temas e conhecimentos ”; “Não mais que as normais, mas relacionadas com a adaptação ao novo serviço e logística e dinâmicas do mesmo. Relativamente à equipa não”; “Sim. Relativamente à dinâmica do serviço, aquisição de novos conhecimentos , dar resposta em tempo útil às necessidades”; “Sim. Na aprendizagem dos conceitos relacionados com a Enfermagem Perioperatória, no conhecimento dos equipamentos e materiais ”; “ Dinâmica do serviço/localização dos materiais/equipamentos no espaço físico”; Espaço físico; diferentes circuitos/ práticas relativamente à outra entidade empregadora; mudança constante da especialidade cirúrgica em que sou escalada; enfermeiro de referência”; “A falta de conhecimentos fundamentados por parte dos integradores”.
Curtos períodos de adaptação ao serviço	Rápido; tempo.	2	“A necessidade de aprender rápido devido aos curtos períodos de integração”; “Muitas dificuldades: pouco tempo como principal fator”.
Exercício de novas funções	Saber; novo.	3	“Quando fiquei pela primeira vez no recobro não sabia de nada”; “Muitas dificuldades! Principalmente a de não saber como desenvolver determinada tarefa e ter que a fazer na mesma”; “Anestesia de crianças, instrumentação de novas áreas ”.
Sem dificuldades	Não.	2	“Não”; “Não”.
Não respondeu	–	3	–
TOTAL		24	

Tabela 4: Análise de conteúdo: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao longo do seu processo de integração no serviço

Ainda no que diz respeito às maiores dificuldades sentidas aquando da sua admissão no serviço, a mais referida pelos inquiridos é a especificidade do serviço juntamente com a necessidade de aquisição de novos conhecimentos.

As respostas a esta questão podem ser observadas no gráfico seguinte (Gráfico 33):

Durante o seu processo de integração sentiu algumas dificuldades? Se sim, especifique, por favor, quais as dificuldades sentidas.

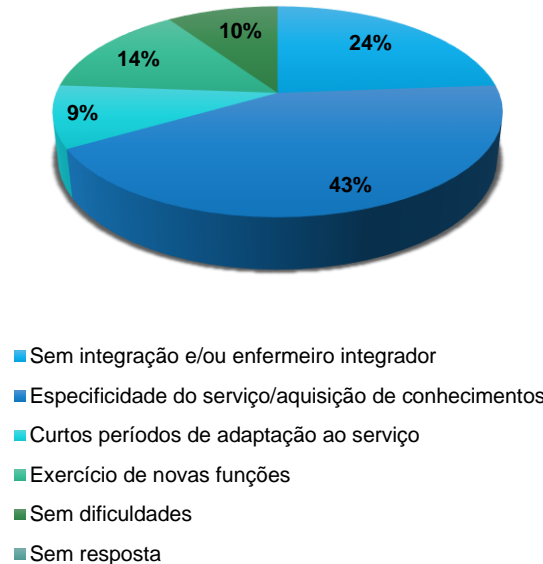


Gráfico 33: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao longo do seu processo de integração no serviço

Quanto às sugestões para a melhoria do processo de integração dos novos elementos foram definidas como principais categorias:

- **“Enfermeiro integrador e/ou acompanhamento do novo elemento”** – para os que referiram a importância da atribuição de um enfermeiro integrador ou elemento de referência e a importância do acompanhamento dos novos elementos;
- **“Procedimento para a integração de novos elementos”** – para os que referiram a importância de cumprir o procedimento relativo à integração de novos elementos com o devido rigor;
- **“Experiência profissional prévia”** – para os que referiram a importância de já possuir conhecimentos na área profissional de Enfermagem antes de ingressar um serviço tão específico como o BO;
- **“Períodos de integração adequados”** – para os que referem a necessidade de prolongar os tempos de integração;
- **“Guia orientador”** – para os que fizeram alusão à criação de um guia de integração;
- **“Sem sugestões”** – para os que afirmaram não ter quaisquer sugestões para a melhoria do processo de integração;

- **“Sem resposta”** – para os elementos que não responderam à questão.

Na tabela que se segue podemos observar a análise de conteúdo realizada nesta questão (tabela 5):

Categoria	Palavras-chave	n	Unidades de Contexto
Enfermeiro integrador e/ou acompanhamento do novo elemento	Integrador; orientador; elemento de referência; acompanhamento.	7	“Atribuição de um enfermeiro integrador do início ao fim do processo de integração”; “Nomear um enfermeiro integrador ; menor rotatividade de especialidades cirúrgica e funções numa fase inicial”; “A nomeação de um enfermeiro orientador que faça cumprir a norma da integração”; “A definição de um colega para ter a função de integrador ”; “Haver 1 elemento de referência ”; “Maior acompanhamento do novo elemento no desempenho das suas funções. Disponibilizar recursos que possam ser consultados para esclarecimento de dúvidas”; “Sempre que possível manter o mesmo elemento integrador – elemento novo”.
Procedimento para integração de novos elementos	Protocolo; plano de integração; integração.	3	“Que o protocolo fosse cumprido na prática e não ficasse só no papel”; “Um plano de integração que seja seguido à risca, que os novos elementos não fiquem sozinhos precocemente devido à falta de pessoal”; “ Integrar todos os elementos”.
Experiência profissional prévia	Experiência.	1	“Que o Bloco Operatório não seja o 1º lugar no 1º emprego do enfermeiro. Acho que tem que chegar com alguma experiência ”.
Períodos de integração adequados	Tempo	3	“Prolongamento do tempo de integração”; “Aumentar o tempo de integração nas diferentes áreas”; “ Tempo por parte de todos os colaboradores”.
Guia orientador	Guia.	4	“Um guia de integração; um acompanhamento qualificado por parte do serviço”; “A criação de um guia de integração”; A criação de guias /manuais para consulta de modo a colmatar o curto espaço temporal das integrações”; “Um guião de integração”.
Sem sugestões	Sem; não.	2	“ Sem sugestão”; “De momento não tenho sugestões”.
Sem resposta	–	4	–
TOTAL		24	

Tabela 5: Análise de conteúdo: Sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros

A grande maioria dos participantes referiu a importância de atribuir um enfermeiro integrador aos novos elementos ou de existir um acompanhamento adequado do novo elemento ao longo de todo o período de integração por elementos de referência. Foram também referidos outros aspetos como a criação de um “guia de integração”, o cumprimento da norma de serviço em vigor e a definição de períodos de integração adequados (Gráfico 34).

O que sugere para melhorar a integração de novos elementos no serviço?

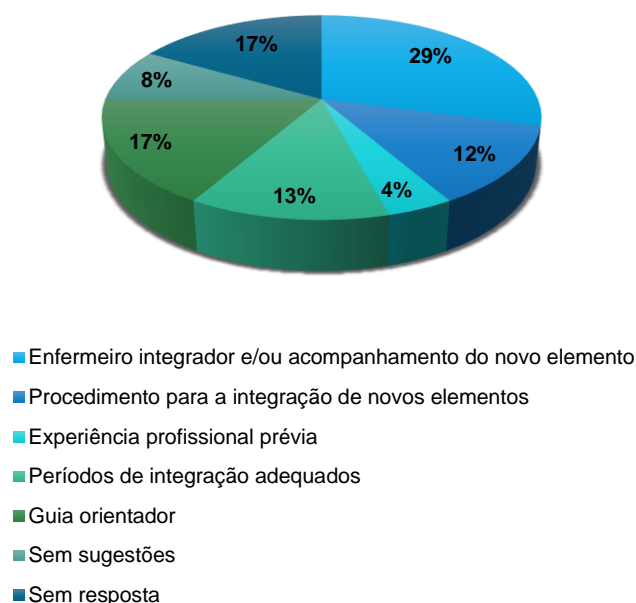


Gráfico 34: Sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros

Por fim, no que diz respeito aos aspetos a contemplar num eventual guia de integração, definiram-se as seguintes categorias:

- **“Funções do enfermeiro perioperatório”** – para os que referiram as funções do enfermeiro nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória;
- **“Áreas, valências, normas e protocolos do serviço”** – para os que referiram a informação relacionada com as normas e protocolos do serviço e/ou áreas e valências do mesmo;
- **“Períodos de integração”** – para os que referiram a importância de contemplar os períodos de integração em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória;
- **“Sem sugestões”** – para os que referiram ou não achar necessária a criação de um guia ou desconhecer o atual guia ou ainda a atribuição de um enfermeiro integrador (não se aplica à questão colocada) e como tal não deram sugestões;
- **“Sem resposta”** – para os elementos que não responderam à questão.

De seguida podemos observar esta análise de conteúdo (Tabela 6):

Categoria	Palavras-chave	n	Unidades de Contexto
Funções do enfermeiro perioperatório	Funções; papel.	4	“ Funções ”; “ Funções perioperatória. Manual/protocolo em caso de emergência anestesia”; “As funções específicas e o período necessário ao desenvolvimento das mesmas, atendendo especificamente às cirurgias mais frequentes, assim como conhecimentos dos medicamentos mais utilizados”; “O papel do enfermeiro no Bloco Operatório, competências nas diferentes funções”.
Áreas, valências, normas e protocolos do serviço	Áreas; valências; protocolos; normas; procedimento.	7	“Todos os que facilitem a integração no menor espaço de tempo e ser o mais abrangente possível a todas as áreas e valências do bloco”; “Informação acerca da instituição, do serviço, bem como a sua dinâmica, hierarquia, circuitos, funções do enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista, prestação de cuidados no recobro. Fazer referência aos protocolos em vigor e normas de procedimentos ”; “ Procedimentos ; articulação do Bloco Operatório com outros serviços; funções do enfermeiro perioperatório”; “Todos os que dizem respeito ao serviço, normas . Enfermeiro integrador disponível e sempre o mesmo”; “ Normas de funcionamento do serviço”; “ Normas de procedimento institucionais/serviço. Descrição das funções inerentes a cada vertente do Bloco Operatório. Descrição das cirurgias mais frequentes do serviço com descrição dos materiais utilizados nas mesmas; documentos importantes do serviço, folhas de registos, de pedidos, etc./descrição pormenorizada do processo de integração com tempos de reunião, resultados esperados, etc.”; “ Protocolos do serviço e especialidades; aspetos relevantes para cada função (anestesia, circulação, etc...), dinâmicas relevantes do serviço”.
Períodos de integração	Tempo.	4	“Objetivos de integração e competências esperadas dos novos colegas. Aspetos relevantes do serviço como a sua dinâmica e organização. Esclarecimento das diferentes fases de integração, como por exemplo o tempo médio de integração nos diferentes «setores»”; “Fundamentação da integração/objetivos/« timing » de integração”; “ Tempo . O mesmo integrador do início ao fim”; “A integração nas várias funções dos enfermeiros perioperatórios, com tempo adequado. Integração sobre circuitos de funcionamentos com outros serviços do hospital”.
Sem sugestões	Não; integrador.	3	“ Não sei, desconheço o atual guia”; “A existência de um enfermeiro integrador que possa servir como uma referência”; “ Não acho necessária a existência de um guia, pelo menos em todas as situações. Existem neste serviço enfermeiros com diferentes estádios de desenvolvimento/prestadores de serviço, pelo que se torna difícil estabelecer itens e algum padrão de integração «estaque»”.
Sem resposta	—	6	—
TOTAL		24	

Tabela 6: Análise de conteúdo: Aspetos a contemplar num eventual “Guia de Integração” para o serviço

A grande maioria dos inquiridos respondeu que num eventual guia de integração se deveriam incluir as áreas, valências, normas e protocolos do serviço (Gráfico 35).

Que aspetos deveriam ser contemplados num "Guia de Integração" para o serviço?

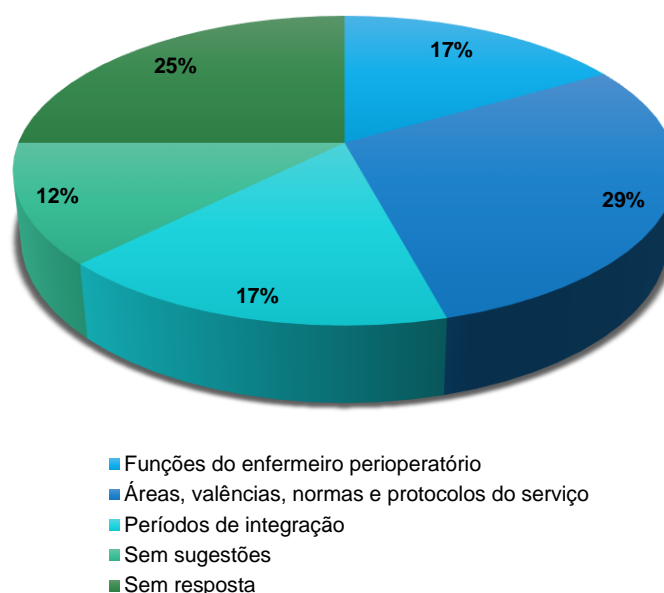


Gráfico 35: Aspetos a contemplar num eventual "Guia de Integração" para o serviço

A aplicação deste questionário permitiu a caracterização quer da equipa de Enfermagem do serviço, quer do modo como se processou o processo de integração no serviço de cada um dos elementos que constituem esta equipa. Este questionário permitiu também a obtenção de algumas opiniões e sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros no serviço. De seguida procede-se à análise e discussão dos resultados.

3.2.1.2.1.3. Discussão dos resultados

Dos 27 elementos (totalidade da equipa de Enfermagem do serviço em questão) aos quais foi entregue o questionário, apenas 3 não o devolveram, o que fez um total de respostas por parte de, aproximadamente, 90% da equipa de Enfermagem, percentagem que representa uma amostra bastante significativa.

Quanto ao sexo, num país em que, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) mais de 80% dos profissionais de Enfermagem em 2012 eram do sexo feminino, como seria de prever a maioria dos elementos do serviço em questão é do sexo

feminino (15 elementos), embora também exista uma boa percentagem de elementos do sexo masculino (9 elementos).

Dos participantes, a maioria refere trabalhar na instituição em regime de prestação de serviços (14 elementos), enquanto os restantes (10 elementos) trabalham em regime de contrato a termo ou por tempo indeterminado. Esta diferenciação considerou-se relevante para a pesquisa, uma vez que se verificou que os prestadores de serviço que exercem funções neste BO são elementos todos eles com experiência profissional prévia, e que exercem ou já exerceram, na sua grande maioria, funções em BO noutras instituições.

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional dos elementos que compõem esta equipa de Enfermagem, diferenciando entre os que responderam trabalhar em regime de prestação de serviços, e os que responderam trabalhar em regime de contrato a termo ou por tempo indeterminado, verifica-se que não existe um único prestador de serviços que não tivesse experiência profissional prévia. Todos os prestadores de serviços têm pelo menos 2 anos de experiência profissional em BO (Tabela 7).

Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (noutras instituições)				
Número/percentagem de elementos	Prestação de serviços		Contrato	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhum			4	16,5
Menos de 2 anos				
Entre 2 e 5 anos	4	16,5	1	4
Entre 6 e 15 anos	5	21	5	21
Mais de 15 anos	5	21		
Total	24 – 100			

Tabela 7: Diferenciação entre o tempo de experiência profissional em Bloco Operatório dos elementos em regime de prestação de serviços com o dos elementos em regime de contrato (a termo ou por tempo indeterminado)

Como podemos verificar, dos 14 elementos em regime de prestação de serviços, 10 têm mais de 6 anos de experiência profissional em BO noutras instituições. Já no que diz respeito aos 10 elementos que têm contrato a termo ou por tempo indeterminado com a instituição, 4 não tinham qualquer experiência profissional em BO, enquanto os restantes, com exceção de 1 elemento que referiu ter entre dois a cinco anos de experiência, possuíam já mais de seis anos de experiência profissional em BO.

Assim, a equipa de Enfermagem deste serviço é constituída na sua maioria por elementos com experiência profissional em BO prévia à sua admissão na instituição, enquanto apenas 4 elementos referiram não ter qualquer experiência profissional.

No que diz respeito ao processo de integração, os elementos foram inquiridos quanto ao seu conhecimento da norma de serviço relativa ao processo de integração na

instituição. Nesta questão, metade dos inquiridos afirmaram não estar familiarizados com a referida norma. Esta situação pode estar relacionada com o facto de a grande maioria dos elementos já possuírem experiência profissional em BO e, consequentemente, não ter sido considerada a necessidade de um período de integração que contemplasse a aprendizagem dos principais conceitos relacionados com o BO, mas sim de um período de adaptação à dinâmica do serviço, uma vez que já estavam familiarizados com estes conceitos.

Quando questionados quanto à apresentação da instituição aquando a sua admissão no serviço, pouco mais de metade dos inquiridos referiram que esta lhes foi apresentada: missão e valores da mesma, espaço físico, funcionamento dos serviços...

No que diz respeito a eventuais reuniões com o enfermeiro chefe durante o período de adaptação ao serviço, a fim de avaliar a evolução dos elementos, apenas 4 inquiridos referiram ter tido esta reunião.

Relativamente à nomeação de um enfermeiro integrador para o acompanhamento dos novos elementos, 15 elementos afirmaram não ter tido um enfermeiro integrador. Como se verificou anteriormente, a grande maioria dos inquiridos já possuía experiência profissional em BO, facto que poderá justificar a não atribuição de um enfermeiro integrador a estes elementos. Assim, tentou-se compreender a relação entre os elementos que tiveram um enfermeiro integrador e a sua experiência profissional prévia (Tabela 8).

Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (noutras instituições)	Enfermeiro Integrador			
	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhum	2	8	2	8
Menos de 2 anos				
Entre 2 e 5 anos	3	13	2	8
Entre 6 e 15 anos	2	8	8	34
Mais de 15 anos	2	8	3	13
Total	9	37	15	63

Tabela 8: Relação entre o tempo de experiência profissional em Bloco Operatório e a atribuição ou não de um enfermeiro integrador aos novos enfermeiros

Verificou-se que os elementos que não tiveram enfermeiro integrador são, na sua maioria elementos com mais de 6 anos de experiência profissional. Apesar desta conclusão, verificou-se também que menor número de elementos, com o mesmo tempo de experiência profissional, afirmam ter tido um enfermeiro integrador. Posto isto procurou-se estabelecer, além da relação entre o tempo de experiência profissional e a atribuição ou

não de um enfermeiro integrador, a relação entre a antiguidade dos elementos na presente instituição e a atribuição ou não do referido enfermeiro integrador, de modo a compreender o porquê de elementos com o mesmo tempo de experiência profissional terem tido processos de integração diferentes entre si (Tabela 9).

Tempo de experiência profissional no serviço	Enfermeiro Integrador			
	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Menos de 2 anos	3	13	4	17
Entre 2 e 5 anos	5	20	3	13
Mais de 5 anos	1	4	8	33
Total	9	37	15	63

Tabela 9: Relação entre a antiguidade dos inquiridos no serviço e a atribuição ou não de um enfermeiro integrador aos novos enfermeiros

Constatou-se que, dos 9 elementos que exercem funções na instituição há mais de cinco anos, 8 não tiveram enfermeiro integrador. Verificou-se também que o número de elementos que afirma ter tido um enfermeiro integrador, é ligeiramente superior nos elementos que estão na instituição há menos de cinco anos. Isto constitui-se como um facto bastante positivo, na medida em que demonstra que têm decorrido alterações no processo de acolhimento e integração dos novos elementos, e que este processo tem vindo a ser mais valorizado ao longo dos últimos cinco anos.

Apesar de, como já referido, 15 elementos terem afirmado não ter tido um enfermeiro integrador, verificou-se nas respostas fornecidas pelos mesmos que 4 destes elementos, mesmo sem o acompanhamento de um enfermeiro integrador, tiveram o acompanhamento por parte de outros enfermeiros durante o período de adaptação ao serviço (Tabela 10).

Tempo de experiência profissional no serviço	Acompanhamento por parte de outros enfermeiros			
	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Menos de 2 anos	2	13	2	13
Entre 2 e 5 anos	1	7	2	13
Mais de 5 anos	1	7	7	47
Total	4	27	11	73

Tabela 10: Acompanhamento dos enfermeiros a quem não foi atribuído um enfermeiro integrador por parte de outros enfermeiros

À semelhança do que se observa quando se relaciona a atribuição ou não de um enfermeiro integrador, com a antiguidade dos elementos na instituição, constata-se que o

acompanhamento dos novos elementos por outros enfermeiros tem vindo a ocorrer com mais frequência ao longo dos últimos anos, sendo que dos 8 elementos que exercem funções na instituição há mais de cinco anos, 7 não tiveram nem enfermeiro integrador, nem qualquer acompanhamento por parte de outros enfermeiros. Quanto aos 15 elementos que estão na instituição há menos de cinco anos, 8 tiveram um enfermeiro integrador e 7 não. Destes 7 elementos que estão na instituição há menos de cinco anos e não tiveram acompanhamento de um enfermeiro integrador, 3 foram acompanhados por outros enfermeiros.

No que diz respeito ao acolhimento dos 24 inquiridos no serviço verificou-se que foi dada maior importância à apresentação do espaço físico (referida por 23 elementos), seguida da dinâmica do serviço, com os horários de funcionamento e funções de Enfermagem (referida por 19 elementos), dos equipamentos disponíveis no serviço (referidos por 18 elementos) e da apresentação à equipa multidisciplinar (referida por 17 elementos). Os fatores contemplados no acolhimento destes elementos referidos por menor número de inquiridos foram as normas do serviço (referidas por 14 elementos), os protocolos do mesmo (referidos por 12 elementos) e a missão e valores do serviço (referidos por apenas 11 elementos).

Relativamente aos momentos contemplados pelo período de integração no serviço, dos 24 inquiridos, 16 referiram uma visita guiada ao serviço e um período de integração na anestesia, 12 referiram ter tido um período de observação da dinâmica do serviço, 10 referiram um período de integração na circulação e na UCPA e apenas 7 referiram um período de integração na instrumentação.

Quanto aos períodos de integração dos inquiridos nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória, houve, infelizmente, uma elevada percentagem de respostas categorizadas como “não aplicável”, principalmente nas vertentes perioperatórias da circulação e instrumentação (mais de metade da amostra), e sobretudo por ausência de respostas (embora também alguns elementos tenham referido não se recordarem dos períodos de integração). Esta situação torna mais difícil uma real interpretação dos dados.

Griffith *et al.* (1999, cit. por HENKEL, 2012), mostraram que as questões de resposta aberta causam maior ausência de respostas que as questões de resposta fechada. Talvez nesta questão a ausência de respostas se deva ao facto de se tratar de uma questão de resposta aberta.

No que diz respeito às vertentes perioperatórias de anestesia e UCPA, aquelas em que mais de metade dos inquiridos responderam e que nos permitem realizar uma análise, constatou-se que a maioria dos elementos que responderam tiveram menos de uma semana de integração. A vertente da UCPA foi a única em que nenhum dos inquiridos

referiu ter tido mais de um mês de integração. Com base nas respostas obtidas constata-se que, independentemente dos curtos períodos de integração, a anestesia e a UCPA foram as vertentes da Enfermagem Perioperatória em que houve uma maior preocupação com a integração de novos elementos. A AESOP (2006) preconiza que a integração de novos enfermeiros no BO se deve iniciar pela vertente da anestesia. Neste serviço, de um modo geral, também é nesta vertente que se inicia a integração de novos enfermeiros, podendo esta ocorrer em simultâneo com a integração na UCPA. Posto isto, talvez este seja o motivo pelo qual se obtiveram mais respostas nestas duas vertentes: o facto de se iniciar a integração nestas duas vertentes e de o início de funções no serviço ser um período marcante, pode levar a que os elementos se recordem com mais facilidade deste período da sua vida profissional e como tal ainda consigam referir quanto tempo tiveram de integração. Os resultados podem ser observados na tabela seguinte (Tabela 11):

Vertentes Enfermagem Perioperatória	Anestesia		Circulação		Instrumentação		UCPA	
Tempo de integração								
Número/percentagem de elementos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem integração	1	4	1	4	2	8	3	13
Menos de 1 semana	6	25	6	25	3	13	6	25
Mais de 1 semana e menos de 1 mês	5	21	1	4	2	8	5	21
Mais de 1 mês	4	17	3	13	2	8	0	0
Não aplicável	8	33	13	54	15	63	10	41
Total	24	100	24	100	24	100	24	100

Tabela 11: Tempo de integração dos enfermeiros no serviço em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória

Relativamente à avaliação do grau de satisfação dos elementos com os diferentes aspetos referentes ao acolhimento na instituição, a maioria refere-se satisfeito com o empenho global da organização no seu acolhimento, com o envolvimento dos superiores hierárquicos no seu processo de integração, com o empenho do enfermeiro chefe no mesmo, com o envolvimento do enfermeiro chefe no processo de socialização com a

restante equipa disciplinar, com a disponibilidade deste mesmo elemento para participar nos processos de integração, com o seu *feedback* e apoio, com os mecanismos de consulta e diálogo utilizados tanto pelo enfermeiro responsável, como pelo enfermeiro integrador (quando aplicável) e com o acesso às normas de serviço. Note-se, que dos referidos aspetos, aquele que foi avaliado como satisfatório por maior número de elementos foi o envolvimento do enfermeiro chefe no processo de socialização com a restante equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar, a grande maioria dos elementos mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita, sendo que apenas 1 elemento não respondeu, 1 referiu-se muito insatisfeito e os restantes 2 nem satisfeitos, nem insatisfeitos. Estas respostas permitem inferir, tanto que o enfermeiro responsável se envolve na socialização dos novos elementos com a restante equipa multidisciplinar, como que existe um bom ambiente entre os elementos da equipa de Enfermagem e que o espírito de ajuda entre estes elementos está presente.

Quanto ao enfermeiro integrador, dos 24 elementos que constituíram esta amostra, apenas 9 referiram ter sido nomeado um enfermeiro integrador para o seu acompanhamento ao longo do processo de integração no serviço. Estes 9 elementos classificaram então o seu grau de satisfação em relação ao papel desempenhado pelo enfermeiro integrador. Dos diferentes parâmetros avaliados, verificou-se que apenas no que diz respeito ao fornecimento de documentação de apoio por parte do enfermeiro integrador, houve elementos que se mostraram insatisfeitos (2 elementos) ou muito insatisfeitos (1 elemento). A maioria dos elementos que tiveram um enfermeiro integrador e responderam a esta questão mostraram-se particularmente satisfeitos com o empenho do enfermeiro integrador nos seus processos de integração, a disponibilidade deste elemento de referência para o ensino e resolução de problemas, a preparação teórica do mesmo e o conhecimento do serviço demonstrado pelo mesmo, bem como com a transmissão de conhecimentos por parte do enfermeiro integrador (Tabela 12).

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito, nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Empenho no processo de integração do novo elemento					1	11	5	55	1	11	2	22
Disponibilidade para o ensino e resolução de problemas					2	22	4	44	2	22	1	11
Documentação de apoio fornecida	1	11	2	22	2	22	3	33			1	11
Preparação teórica					3	33	4	44	1	11	1	11
Conhecimento do serviço					1	11	4	44	3	33	1	11
Transmissão de conhecimentos					2	22	4	44	2	22	1	11
Envolvimento no processo de socialização do novo elemento com a restante equipa de Enfermagem					2	22	3	33	3	33	1	11

Tabela 12: Avaliação do grau de satisfação dos elementos com o desempenho do enfermeiro integrador

No que diz respeito às questões de resposta aberta, os elementos foram questionados quanto aos aspetos que consideraram facilitadores aquando a sua integração no serviço, quanto às dificuldades sentidas durante esse período, quanto a eventuais sugestões para a melhoria do processo de integração dos novos elementos no serviço e, por fim, quanto aos aspetos que, na opinião dos mesmos, deveriam ser contemplados num eventual guia de integração.

Em todas as questões houve elementos que não responderam. Porst (1998, cit. por HENKEL, 2012) refere que as questões de resposta aberta permitem que o entrevistado se articule livremente, no entanto, esta articulação depende muito da capacidade de escrita do entrevistado, sendo que a ausência de resposta não significa necessariamente uma ausência de opinião.

No que diz respeito aos aspetos facilitadores do processo de integração para os elementos quando foram admitidos no serviço, verificou-se que a grande maioria referiu a disponibilidade e/ou o apoio dos colegas de Enfermagem e/ou da restante equipa multidisciplinar, à semelhança do que se verificou nas questões relativas ao grau de satisfação dos elementos com determinados aspetos do processo de integração, em que

a maioria se referiu satisfeito ou muito satisfeito com o apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar.

Quanto às dificuldades sentidas durante o processo de integração dos elementos, destacaram-se a especificidade do serviço e o facto de não ter existido processo de integração ou algum acompanhamento por um elemento como o enfermeiro integrador.

Para a melhoria do processo de integração dos novos elementos no serviço, a maioria refere a atribuição de um enfermeiro integrador para acompanhar o novo elemento ao longo do seu processo de integração, verificando-se, com base nestas respostas, a importância atribuída pelos enfermeiros ao enfermeiro integrador e a necessidade de promover a atribuição de um elemento de referência (integrador) aos novos elementos do serviço. Também se destacou a importância da criação de um documento orientador para facilitar a adaptação ao serviço.

Quanto aos aspetos a incluir num eventual “guia de integração” a maioria dos elementos refere as áreas, valências, normas e protocolos do serviço. Também foram referidas as funções do enfermeiro perioperatório.

De um modo geral, a aplicação deste questionário no serviço onde decorreu o estágio, permitiu compreender as principais necessidades sentidas pelos elementos no que diz respeito ao processo de integração no serviço, e quais os aspetos a melhorar para que tanto o serviço, como os novos elementos, tirem o maior partido possível do período de integração.

A diferenciação do tipo de contrato que os elementos têm com a instituição (contrato a termo ou por tempo indeterminado, ou regime de prestação de serviços), permitiu compreender que existem algumas diferenças no processo de integração dos elementos: os prestadores de serviço, por já possuírem, na sua totalidade, experiência profissional em BO prévia à sua admissão na instituição, bem como os elementos que trabalham no serviço há mais de 5 anos, são os elementos que constituem o grupo com maior percentagem de respostas “não” à questão de se lhes foi atribuído um enfermeiro integrador ou não. A análise detalhada dos dados permitiu também compreender que, os elementos que têm contrato a termo ou por tempo indeterminado com a instituição, e que se encontram no serviço há mais de 5 anos, são os que constituem a grande maioria de elementos sem processo de integração ou enfermeiro integrador. Nos últimos anos existiram alterações no serviço, tanto a nível de organização e chefia, como a nível de recursos humanos, e, comparando a antiguidade dos elementos e a presença ou não de um enfermeiro integrador para os mesmos, verificou-se que tem vindo a existir uma maior preocupação com o processo de integração dos novos elementos, o que se constitui como um fator bastante positivo.

Apesar das melhorias verificadas (como a atribuição de um enfermeiro integrador), ainda existem algumas lacunas que carecem de intervenção, como o pouco tempo disponibilizado para o processo de integração ou a não atribuição de um enfermeiro integrador a todos os novos elementos, sem exceção.

Como aspetos a incluir num eventual guia de integração, os mais referidos pelos inquiridos prenderam-se com as normas, protocolos e procedimentos do serviço. Foram também referidos outros aspetos como a atribuição de um enfermeiro integrador, o estabelecimento dos objetivos a atingir ao longo do período de integração e os períodos de tempo para este processo, e as funções do enfermeiro perioperatório e caracterização do serviço.

A aplicação do questionário permitiu, acima de tudo, compreender que existem necessidades sentidas pelos enfermeiros do serviço no que diz respeito ao processo de integração e assim, validar a pertinência do problema identificado.

3.2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Ferro (1999, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 18), refere que os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ir desde o objetivo mais geral ao mais específico.

Gonçalves (2008) refere que são os objetivos que indicam ao pesquisador aquilo que ele realmente pretende fazer. O mesmo autor refere que a definição clara dos objetivos é facilitadora da tomada de decisões quanto aos aspetos metodológicos da pesquisa, pois é importante sabermos o que queremos fazer, para então decidirmos quais os procedimentos a ter para atingir os resultados pretendidos.

Ferrito *et al.* (2010) referem ainda a importância de definir os objetivos de acordo com os diferentes níveis em que estes se enquadram. Estes autores diferenciam objetivos gerais e objetivos específicos, sendo que os primeiros devem ser formulados tendo em consideração os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo, regra geral, respeito a competências amplas e complexas. Além disto, os objetivos gerais permitem a seleção de conteúdos, a eleição de métodos e a avaliação de progressos dos formandos.

Ainda de acordo com a mesma fonte, os objetivos específicos são, por seu lado, indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo.

Em suma o objetivo geral sintetiza o que se pretende alcançar, enquanto os objetivos específicos explicitam os detalhes, são “*desdobramentos do objetivo geral*”. (SILVA & MENEZES, 2005, p. 31).

Após a clarificação do problema a ser alvo de intervenção – a existência quer de uma norma de procedimento relativa à integração dos novos enfermeiros no serviço, quer do respetivo programa de integração/avaliação, desadequados às reais necessidades do serviço – e considerando o anteriormente exposto, formularam-se então os objetivos que orientaram o projeto.

Definiu-se como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria do processo de integração dos novos enfermeiros do serviço através da criação e/ou atualização de documentos orientadores (norma de serviço, programa de integração/avaliação e guia de acolhimento).

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar socio-profissionalmente a equipa de Enfermagem, bem como o seu processo de integração no serviço;
- Identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de integração e obter contributos para a criação e/ou atualização de documentos orientadores;
- Elaborar documentos orientadores ou adequar os documentos já existentes à realidade do serviço.

Tanto a norma de serviço, como o programa de integração/avaliação e o guia de acolhimento, se constituem como guias orientadores da prática. A OE reconhece que a *“produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de Enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (OE, 2001, p. 12).

3.2.3. PLANEAMENTO

De acordo com Miguel (2006, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 20), na fase de planeamento elabora-se um plano detalhado do projeto que cobre as várias vertentes da gestão.

“Num sentido lato planeamento deriva de planear que, não é mais do que planificar, organizar ou programar algo” (CORDEIRO, 2013, p. 41).

Ander-Egg e Idáñez (1999, cit. por CORDEIRO, 2013, p. 41) referem que planificar consiste no uso de procedimentos para organizar e racionalizar a ação, com o intuito de alcançar determinadas metas e objetivos.

O planeamento facilita a tomada de decisão sobre diferentes assuntos, ajudando a estabelecer prioridades, e sobre as diferentes maneiras de resolver os mesmos assuntos, facilitando a escolha de técnicas e estratégias de intervenção. *“Isto é o mesmo que dizer o QUE deve ser resolvido (prioridades) e o COMO deve ser resolvido (estratégias)”* (IMPERATORI & GIRALDES, 1982, p. 30).

Imperatori e Giraldes (1982) referem ainda que a definição de prioridades tem duas dimensões: uma ligada ao tempo e outra ligada aos recursos disponíveis. A dimensão temporal deriva do facto de as necessidades serem recorrentes, pelo que devem ser satisfeitas as necessidades do presente sem esquecer as do futuro. A dimensão dos recursos deriva da impossibilidade de se satisfazerem todas as necessidades, pelo que é imperativo delinear prioridades. A mesma fonte refere ainda que no estabelecimento de prioridades se devem considerar dois elementos: o horizonte do plano e a área da programação. O primeiro diz respeito ao tempo ou momento limite para o qual estamos a planear, o segundo por sua vez obriga a pensar as prioridades para o local onde se pretende atuar.

Hungler *et al.* (2001, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 20) afirmam que na fase de planificação do esboço do projeto, se realiza o levantamento dos recursos, bem como das limitações condicionantes ao trabalho. Nesta fase definem-se também as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma.

“De salientar que a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos previamente alicerçados” (MIGUEL, 2006, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES, & C.L.E., 2010, p. 20). Ferrito *et al.* (2010) referem as atividades, meios e estratégias como parte integrante da fase de planeamento.

Para atingir o objetivo geral proposto é imperativo compreender as reais dificuldades/necessidades sentidas pelos enfermeiros do serviço. Assim, e também com a finalidade de validar a pertinência do problema, surgiu a ideia de aplicar aos enfermeiros do serviço em questão um questionário que se constituiu acima de tudo como uma ferramenta de diagnóstico.

Uma vez identificadas as reais dificuldades/necessidades dos enfermeiros do serviço e validada a pertinência do tema, deve proceder-se então a uma pesquisa bibliográfica relacionada com a problemática da integração dos enfermeiros nas

instituições hospitalares. Só com os devidos aportes teóricos é possível contribuir para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros no serviço.

Com base na bibliografia encontrada a partir desta pesquisa pretende-se então a exposição dos principais conteúdos abordados, pelo que se deve proceder à elaboração de uma fundamentação teórica destes conteúdos.

Uma vez validada a pertinência do tema e adquiridos os aportes teóricos necessários à compreensão da problemática, pode finalmente dar-se início à revisão da norma de serviço e respetivo programa de integração/avaliação, bem como à elaboração de um guia de acolhimento.

Assim, e porque em qualquer planeamento devem ser definidas prioridades, foram estabelecidas como prioridades para a realização do PIS:

- I. A aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço com vista quer à validação da pertinência do tema, quer à identificação das reais dificuldades/necessidades sentidas pelos mesmos;
- II. A realização de pesquisa bibliográfica relacionada com a problemática da integração e com os diferentes conceitos a esta associados;
- III. A elaboração de uma fundamentação teórica baseada na pesquisa realizada, com vista à aquisição de conhecimentos relacionados com a problemática do processo de integração dos enfermeiros;
- IV. A revisão da norma de procedimento em vigor e do programa de integração/avaliação anexo à mesma;
- V. A elaboração de um guia de acolhimento para os novos enfermeiros do serviço.

3.2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Ferrito *et al.* (2010) referem que a execução, enquanto etapa da metodologia de projeto, materializa a realização do projeto, colocando em prática tudo o que foi planeado. Já no que diz respeito à avaliação, a mesma fonte refere que nesta se podem distinguir vários momentos: a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, que avalia todo o processo e o produto final do projeto.

No que diz respeito à execução propriamente dita, Ferrito *et al.* (2010), referem-na como uma fase que assume uma importância significativa para o investigador e/ou participantes do projeto, na medida em que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Castro *et al.* (1993, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) referem que nesta fase é necessária uma procura de dados, documentos e informações, que contribuam para a resolução do problema identificado. A mesma fonte refere também como técnicas possíveis para o desenvolvimento desta fase da metodologia de projeto, a observação direta, a realização de entrevistas e/ou aplicação de questionários, ou mesmo a recolha e consulta de documentos e registos escritos, entre muitos outros.

Leite *et al.* (1989, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) referem que na etapa da execução de um projeto são recolhidos dados nos contactos com a realidade envolvente, bem como no âmbito teórico e nos contextos político, social, cultural e institucional, entre outros. A mesma fonte refere ainda que uma vez recolhidos, os dados são tratados e é preparada a ação a desenvolver, tendo como principal objetivo a resolução do problema inicialmente identificado.

Para Nogueira (2005, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) a fase de execução de um projeto, apesar de mais trabalhosa, constitui-se como a mais proveitosa. Nesta fase esperam-se resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências. Ramos (2008, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) afirma que caso surjam alterações ao previamente planeado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação, de modo a não comprometer os objetivos do projeto. Estas reformulações podem ter consequências indesejáveis, o que por vezes se torna inevitável perante contratempos imprevisíveis.

Quanto à vertente da avaliação, como referem Ferrito *et al.* (2010), para que esta possa ser realizada de forma rigorosa, é fundamental a aplicação de instrumentos de avaliação com características diferentes entre si. Estes instrumentos de avaliação podem, de acordo com Carvalho (1997, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010), ir desde a observação “desarmada” aos meios onde a informação é recolhida de forma indireta. Os fatores que influenciam a seleção dos instrumentos de avaliação passam pelos objetivos e tipo de informação a recolher, pelo momento em que é realizada a avaliação, pelas competências dos elaboradores dos instrumentos, pelo tempo e verbas disponíveis e, como não poderia deixar de ser, pelo modo de tratamento dos dados obtidos.

Leite *et al.* (1989, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) referem que ferramentas como os questionários elaborados, as entrevistas com o orientador, as discussões em grupo, entre outros, constituem formas de operacionalizar a avaliação. A mesma fonte refere ainda que a avaliação é permanente, pelo que deve ser feita ao longo de todo o projeto de investigação.

Carvalho *et al.* (2001, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) afirmam que a avaliação permite uma retroação facilitadora da redefinição da análise da situação, uma reelaboração de objetivos, uma ação e seleção dos meios, bem como uma análise dos resultados. A avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

De seguida descreve-se a fase de execução do PIS, analisando criticamente a mesma e procede-se à sua avaliação.

Ao longo da execução procurou-se respeitar a sequência das prioridades definidas aquando da fase de planeamento, no entanto, quando estas foram definidas, não foram contemplados quaisquer constrangimentos, e a sua previsão, bem como a definição de eventuais estratégias para os ultrapassar, teria sido pertinente.

Assim, a execução propriamente dita, tomou um rumo ligeiramente diferente do previamente planeado.

Em primeiro lugar elaborou-se, como previsto, o questionário para aplicação no serviço. A elaboração do questionário exigiu alguma pesquisa bibliográfica, quer quanto à elaboração e aplicação de questionários, quer quanto à problemática da integração propriamente dita (para que as questões fossem o mais adequadas possível). Elaborado o questionário optou-se pela realização de um pré-teste a uma amostra de 5 enfermeiros. Uma vez obtidas as respostas ao mesmo, houve necessidade de realizar alguns ajustes. Realizadas as devidas correções e concluído o questionário, a sua aplicação no serviço pressupunha uma autorização por parte do conselho de administração da instituição em que este se insere. O deferimento não tardou. Procedeu-se então à sua aplicação no serviço.

Seguir-se-ia então a análise dos resultados e a validação, ou não, da pertinência do problema levantado. Aqui surgiu como constrangimento a demora na obtenção de respostas por parte dos enfermeiros. Como grande parte dos elementos da equipa de Enfermagem do serviço trabalha em regime de prestação de serviços, pelo que nem sempre estão presentes no mesmo, tanto a entrega do questionário para preenchimento, como a sua devolução foram dificultadas.

Assim, optou-se por dar continuidade ao trabalho, mesmo sem os resultados do questionário, avançando-se para a etapa seguinte: a realização de pesquisa bibliográfica relacionada com a problemática do processo de integração dos enfermeiros. Nesta pesquisa foram consultados artigos e livros de referência na área, bem como trabalhos académicos já realizados na mesma área. Com base na informação encontrada procedeu-

se então à elaboração da fundamentação teórica do presente trabalho. Nesta fase pode-se destacar como principal constrangimento a seleção da informação uma vez que aquando da realização da pesquisa se encontrou muito material pertinente no que diz respeito quer à problemática da integração dos enfermeiros, quer à especificidade de um serviço como o BO.

Constituiu-se também como dificuldade o facto de não haver consenso entre os autores pesquisados no que diz respeito aos processos de integração e socialização. Embora todos refiram a socialização como um processo de adaptação à organização, uns referem a socialização como parte do processo de integração, enquanto outros acreditam no oposto: que a integração é parte do processo de socialização. Posto isto optou-se por abordar a perspectiva de Marquis e Huston (1999), primeiro por se tratarem de autoras da área de Enfermagem (muita da literatura relativa aos processos de socialização e integração insere-se noutras áreas, como a Sociologia ou a administração de recursos humanos), segundo por adotarem a terminologia da integração, a terminologia adotada pela OE.

Após a obtenção de grande parte dos questionários (24 de 27), procedeu-se então à análise dos resultados. Apesar de ter sido realizado um pré-teste e de se ter reformulado o questionário, com a aplicação deste no serviço os participantes mostraram algumas dúvidas e a análise dos resultados revelou pequenas incongruências. Com isto compreendeu-se que o questionário poderia ter sido elaborado de outra forma, por exemplo, as questões em que era possível dar múltiplas respostas deveriam ter sido evitadas (a sua análise é mais complexa) e as questões de resposta aberta deveriam ou ter respostas limitadas (como a questão relativa ao tempo de integração em cada uma das diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória), ou estar em menor número e não no final do questionário (uma vez que nesta fase os participantes podem já estar saturados e menos disponíveis para responder).

Ainda no que diz respeito à análise das questões de resposta aberta, esta foi a que suscitou mais dúvidas: ao colocar estas questões pretendia-se a obtenção de respostas mais representativas e fiéis das opiniões dos inquiridos, no entanto as respostas foram difíceis de organizar e categorizar para apresentação gráfica.

Apesar destes constrangimentos, a análise dos dados revelou-se de grande utilidade, não só para validar a pertinência do tema, mas também para compreender quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço aquando da sua integração no mesmo. Os resultados obtidos revelaram como aspetos facilitadores para a integração dos novos elementos no serviço a existência de um enfermeiro integrador, bem como a existência de um documento orientador que contemplasse os tempos de integração dos

enfermeiros em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória e as funções do enfermeiro em cada uma destas áreas.

Deste modo, o presente PIS culminou na revisão da norma de procedimento relativa ao processo de integração de novos elementos no serviço, na elaboração de programas de integração adequados à realidade do mesmo e na criação de um guia de acolhimento para os enfermeiros.

A norma de procedimento atualmente em vigor (Anexo III) dirige o seu título tanto a enfermeiros, como a empregados auxiliares de ação médica, no entanto, ao analisarmos o corpo do documento verifica-se que as orientações da norma se dirigem sobretudo aos enfermeiros e que não existe qualquer diferenciação entre os papéis desempenhados por cada um dos profissionais. Este documento revela-se também pouco esclarecedor no que diz respeito às funções do enfermeiro em cada uma das diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória. Também os tempos de integração definidos neste documento para cada uma destas vertentes não correspondem à realidade do serviço.

Anexos a este documento encontram-se então os respetivos programas de integração de enfermeiros e auxiliares de ação médica, bem como a respetiva avaliação.

A primeira alteração realizada aquando da revisão desta norma foi a criação de dois documentos distintos: uma norma de procedimento relativa ao processo de integração no serviço dirigida unicamente aos enfermeiros, outra dirigida unicamente aos auxiliares de ação médica (Apêndice V).

Também se alteraram os campos de aplicação. A norma original referia unicamente o BO, no entanto a UCPA é parte integrante do serviço pelo que se optou por fazer referência a esta unidade, tanto no campo de aplicação, como já referido, como no título da norma, tornando-o mais esclarecedor. Também o SCE e o Serviço Externo acabaram por ser referidos na norma dirigida aos auxiliares de ação médica, visto que na instituição em causa, BO/UCPA, SCE e Serviço Externo partilham a mesma chefia, e os auxiliares de ação médica poderão exercer funções em qualquer um destes serviços.

Optou-se também por diferenciar entre o papel do enfermeiro diretor, o papel do enfermeiro responsável e o papel do enfermeiro integrador (no caso da norma dirigida aos enfermeiros) ou o papel do auxiliar de ação médica de referência (no caso da norma dirigida aos auxiliares de ação médica), incluindo nas definições as funções de cada um destes elementos (aspetos não contemplados na norma em vigor).

No que diz respeito às responsabilidades do enfermeiro responsável de serviço e do enfermeiro integrador, que eram, no documento original, os únicos responsáveis pela integração dos novos elementos, surgiram também alterações. Na revisão da norma de procedimento em questão as responsabilidades são distribuídas entre o enfermeiro diretor

(responsável pelo acolhimento do novo elemento na instituição), o enfermeiro responsável de serviço (responsável pelo acolhimento inicial no serviço e pela preparação da equipa multidisciplinar para a chegada de um novo elemento), o novo elemento (que se deve empenhar no processo de integração e socialização, bem como na adaptação ao novo posto de trabalho) e, no caso dos enfermeiros, o enfermeiro integrador (como responsável pelo processo de integração e socialização do novo elemento no serviço) e os restantes elementos da equipa de Enfermagem (que devem facilitar a adaptação do novo elemento ao novo contexto de trabalho e promover a sua socialização no seio da equipa), no caso dos auxiliares de ação médica, o auxiliar de ação médica de referência (como responsável pelo processo de integração e socialização do novo elemento no serviço, à semelhança do enfermeiro integrador) e os restantes elementos da equipa multidisciplinar (que devem facilitar a adaptação do novo elemento ao novo contexto de trabalho e promover a sua socialização no seio da equipa).

Também o procedimento que constava da norma foi alterado. Aqui destaca-se a alteração relacionada com os tempos de integração. No caso dos enfermeiros eram referidos neste procedimento tempos de integração de 1 mês para a área da anestesia, 2 meses para a circulação e outros 2 meses para a instrumentação. Não se fazia qualquer referência à UCPA. Como já foi referido, estes períodos de integração não correspondem à realidade do serviço (como se verificou aquando da aplicação do questionário), e podiam ser geradores de falsas expectativas para os novos elementos. Assim, na atualização da norma procurou-se dar a entender a realidade do serviço. Em lugar dos referidos períodos de integração, explicou-se a ordem pela qual será feita a integração dos novos elementos nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória, explicando que a integração na vertente da anestesia e na UCPA poderão decorrer em simultâneo. No que diz respeito aos períodos de integração propriamente ditos optou-se por explicar que estes dependerão de diferentes fatores, como a experiência profissional prévia do novo elemento, os conhecimentos em BO, e a sua capacidade de adaptação ao novo contexto de trabalho. Optou-se ainda por referir que estes períodos de integração, devido a estes fatores, poderão diferir entre elementos. No caso dos auxiliares de ação médica definiu-se um período de integração de 1 mês.

Também os anexos que compõem a norma de serviço em vigor, nomeadamente os programas de integração de novos elementos e respetivas avaliações, foram alvo de revisão (Apêndice VI). No caso do programa de integração dos auxiliares de ação médica recorreu-se sobretudo à observação direta e aos conhecimentos existentes da sua prática diária no serviço, pois a bibliografia dirigida a estes profissionais é muito escassa. O mesmo se aplica à avaliação.

Já no caso dos enfermeiros procedeu-se à consulta do programa de integração padrão e respetiva avaliação da AESOP (2006). Importa referir que este também serviu de suporte aos documentos elaborados para os auxiliares de ação médica.

As principais diferenças no que diz respeito ao programa de integração dos enfermeiros atualmente em vigor e à revisão do mesmo, relacionam-se com os períodos de integração e com as atividades a desenvolver. Procurou-se adequar os tempos de integração à realidade do serviço, de modo a evitar falsas expectativas para os novos elementos que procedem à consulta e leitura do documento. Por outro lado, no que diz respeito às atividades a desenvolver, acredita-se que, após esta revisão, a consulta do programa de integração anexo à norma de procedimento, permite a quem o consultar compreender quais as funções do enfermeiro em cada uma das diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória, servindo este documento de orientação aos novos elementos.

Trata-se de um programa de integração tipo. A ideia é, seguindo a orientação deste documento, adaptar o programa e os períodos de integração às necessidades pessoais e profissionais de cada novo elemento, respeitando a sua individualidade.

Quanto à avaliação do programa de integração, foram definidos objetivos para cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória, e também a sua consulta poderá ser orientadora para a prática diária dos novos enfermeiros.

A Estrutura de Idoneidades da OE (2013) define uma série de itens obrigatórios a ter em consideração na integração de novos enfermeiros. A revisão quer da norma de procedimento relativa à integração de novos elementos, quer dos respetivos programas de integração e avaliação, procurou obedecer aos referidos itens (Anexo IV).

Por fim, no que diz respeito ao guia de acolhimento (Apêndice VII) elaborado neste PIS, importa referir que este difere do produto inicialmente idealizado. Ao longo deste trabalho existem várias referências a um guia de integração (produto inicialmente idealizado) e, se atentarmos ao questionário, existem também várias questões dirigidas à eventual elaboração e pertinência de um guia de integração. No entanto, como produto final, surge um guia de acolhimento. A diferença entre um documento e outro reside não só no título, em particular na diferença entre os conceitos de “acolhimento” e “integração”, mas no conteúdo.

O acolhimento consiste, como refere Pinto (2008, cit. por SILVA, J., 2013), na apresentação ao novo elemento dos seus superiores hierárquicos e dos colegas de trabalho, bem como na passagem de informação relativa ao novo posto de trabalho, aos seus direitos e deveres e à missão e estrutura da organização. Por seu lado o conceito de integração já é mais abrangente, visando, como refere Silvestre (2012) a adaptação do novo elemento a um conjunto de práticas, sendo que este processo adaptativo envolve não

só o conhecimento da estrutura física do local de trabalho e dos equipamentos disponíveis, mas também do relacionamento com outros sectores da organização e do conhecimento técnico-científico do profissional. Com o processo de integração pretende-se, como refere Azevedo (1996, cit. por Silvestre, 2012), que o enfermeiro adquira competências que lhe permitam um bom desempenho profissional.

Assim, podemos inferir que o acolhimento é o primeiro contato do novo elemento com a instituição e com o seu posto de trabalho, enquanto a integração é todo um processo de aprendizagem para o desempenho de funções neste novo posto de trabalho.

Posto isto, claro que existirão diferenças entre o guia de acolhimento e o guia de integração, sendo o primeiro um documento adequado à receção dos novos colaboradores na instituição e útil para o fornecimento de informação institucional. Já o guia de integração seria um documento mais completo, em que à organização/instituição não seria dada tanta relevância, mas sim ao serviço e funções do posto de trabalho.

Embora o guia de acolhimento não corresponda ao inicialmente idealizado, trata-se de um documento bastante completo no que diz respeito à caracterização institucional e órgãos de gestão da mesma, bem como no que diz respeito ao corpo de Enfermagem, com a sua visão, missão e valores, boas práticas e direitos e deveres. Além desta parte de carácter institucional e dirigida ao corpo de Enfermagem, o guia de acolhimento realizado tem uma última parte referente, unicamente, ao BO em questão. Esta divisão foi propositada de modo a que, caso exista interesse por parte dos restantes serviços da instituição, este guia possa ser utilizado por outros serviços, sendo toda a caracterização institucional e do corpo de Enfermagem comum aos mesmos.

Ainda no que diz respeito ao guia de acolhimento, importa referir que nesta última parte dirigida unicamente ao BO se abordam algumas questões como o vestuário no serviço, as funções do enfermeiro perioperatório e o seu papel e as orientações para aceder às normas e protocolos do serviço.

De um modo geral os objetivos do PIS foram atingidos, no entanto, uma janela de tempo mais controlada e uma maior agilidade na resolução das contrariedades (como a elaboração do questionário e a posterior demora na obtenção das respostas) teriam facilitado a elaboração do projeto.

Acredita-se que os documentos orientadores resultantes deste trabalho serão benéficos para a instituição, para o serviço e, sobretudo, para os novos elementos. No entanto, para uma correta avaliação dos seus benefícios, seria pertinente, após a sua implementação, a aplicação do mesmo questionário aos novos elementos de modo a verificar se existiram de facto melhorias e averiguar os reais contributos deste trabalho no serviço.

3.2.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Ferrito *et al.* (2010) referem a divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projeto como uma fase extremamente importante, *“na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema”* (FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010, p. 31).

A mesma fonte refere que:

“(...) na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço/departamento específico, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes. A divulgação dos resultados de um projeto nesta área (...), fornece informação científica aos clientes e profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições” (FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010, p. 31).

SCHIEFER *et al.* (2006, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010) referem que são vários os recursos e meios disponíveis para a divulgação dos resultados de um projeto, desde reuniões (formais, informais, públicas), a eventos (conferências, congressos, seminários), a documentos escritos (folhetos, *posters*, artigos), entre outros.

Ainda de acordo com a mesma fonte, também a realização de um relatório corresponde a um método de divulgação dos resultados. *“A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto”* (SCHIEFER *et al.*, 2006, cit. por FERRITO, RUIVO, NUNES & C.L.E., 2010, p. 32).

O presente relatório constitui-se como uma ferramenta para a divulgação dos resultados do PIS realizado. É de referir que, da realização do PIS, além do presente relatório, resultaram um artigo (Apêndice VIII) para avaliação à UC de Investigação II, bem como um *poster* científico (Apêndice IX) apresentado no Congresso “Enfermagem Perioperatória: da Prática à Evidência”, realizado nos dias 30 e 31 de Maio 2014 no IPS (Anexo V).

CONCLUSÃO

Ao concluir o presente trabalho é possível afirmar que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos: foram descritas as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do curso de MEPO, realizou-se uma análise crítica e reflexiva de todo o período de estágio e apresentou-se o PIS, fundamentando adequadamente cada uma das etapas da metodologia de projeto.

A realização do presente Relatório de Estágio, bem como o estágio propriamente dito, permitiram a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento quer de capacidades metodológicas e técnicas, quer de capacidades de reflexão, autocrítica e autoavaliação.

Sendo o BO um serviço que se caracteriza pela sua especificidade, nos Cursos de Licenciatura em Enfermagem os conteúdos programáticos relacionados com este serviço são escassos ou quase inexistentes. Assim, o curso de MEPO surge para colmatar as necessidades formativas dos profissionais de Enfermagem que exercem funções na área da Enfermagem Perioperatória.

A oportunidade de frequentar este curso constituiu-se como uma excelente oportunidade de aprendizagem. Os conteúdos programáticos abordados ao longo dos últimos semestres, a realização de trabalhos académicos e, acima de tudo, a oportunidade de realizar um estágio em contexto de BO e um PIS, constituíram-se como fontes de aprendizagem de grande riqueza. Os conhecimentos transmitidos pelo corpo docente do curso de MEPO contribuíram bastante para a melhoria dos cuidados em contexto de trabalho, na medida em que permitiram compreender a razão de determinadas práticas e a consciencialização para a importância das mesmas. Assim, pode-se dizer que os conteúdos programáticos deste curso permitiram a aquisição de conhecimentos essenciais à melhoria da prestação de cuidados neste contexto tão específico que é o BO, bem como uma maior sensibilização para os riscos a que está exposto o utente cirúrgico. Esta tomada de consciência permitiu em contexto prático a tomada de atitudes mais seguras e dirigidas ao conforto e segurança do utente.

No âmbito deste curso, a UC “Projeto/Estágio”, constituiu-se, sem dúvida alguma, como uma UC bastante completa, na medida em que nesta disciplina coexistem a vertente prática (estágio) e a vertente teórica (projeto) da Enfermagem Perioperatória.

A oportunidade de realizar um estágio constitui-se sempre como uma oportunidade para a aquisição e desenvolvimento de competências, neste caso de competências tanto relacionais, como técnicas, essenciais à prestação de cuidados ao utente cirúrgico e/ou família.

Uma boa prática de Enfermagem só é possível se existir uma reflexão constante acerca da prestação de cuidados e das ações enquanto profissional de Enfermagem. Esta reflexão permite compreender o que foi feito corretamente, bem como o que deve ser melhorado, para atingir a excelência dos cuidados. Assim, a realização deste relatório, constitui-se como uma ferramenta de reflexão acerca do percurso realizado, e como uma mais-valia para o desenvolvimento do desempenho e crescimento quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

No que diz respeito à aplicação da metodologia de projeto para a elaboração do PIS, esta permitiu a aquisição de um método de trabalho mais organizado. Todas as fases que a constituem, desde o diagnóstico de situação à execução propriamente dita, não esquecendo a definição de objetivos e o planeamento, ajudam a manter uma linha de raciocínio lógico à medida que é desenvolvido o trabalho. A metodologia de projeto assume-se como uma ferramenta orientadora e o seu conhecimento é essencial para o desenvolvimento de projetos.

Ao longo da concretização deste trabalho surgiram alguns constrangimentos como a demora na obtenção das respostas ao questionário aplicado no serviço, e algumas dificuldades como o facto de desenvolver a atividade profissional em simultâneo com a realização do estágio e a gestão do tempo. Por outro lado existiram aspetos facilitadores, como o apoio do enfermeiro Diretor Jorge Sousa, e a orientação das professoras Madalena Cabrita e Cândida Ferrito. As suas críticas foram essenciais ao desenvolvimento de todo este trabalho. Importa referir o apoio do enfermeiro orientador Rui Parda, que sendo um dos enfermeiros responsáveis do serviço sempre se mostrou recetivo à implementação deste projeto e foi impulsionador de grandes mudanças no serviço, trabalhando para que os diferentes elementos da equipa de Enfermagem se diferenciasssem nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória através da promoção de momentos de integração (mesmo para os elementos que já possuem alguns anos de experiência no serviço) nas áreas em que estes mostraram maior necessidade de formação (sobretudo ao nível da instrumentação).

Para o futuro pretende-se instituir os documentos orientadores que resultaram de todo este trabalho e avaliar os resultados, de modo a completar todo este processo de investigação.

Na reta final deste processo de formação que foi o 1º Curso de MEPO, há que deixar bem claro que foi todo um percurso gratificante, tanto em experiências, como em conhecimentos específicos da Enfermagem Perioperatória, percurso este que possibilitou a aquisição de competências específicas do contexto perioperatório, e que possibilitarão o desempenho cada vez melhor das funções da Enfermagem Perioperatória, conduzindo a cuidados que se pretendem de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011, Jul.). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. Consultado em 08 de Dezembro 2013 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf;
- Assad, L. & Viana, L. (2003). Saberes práticos na formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, n.º 1, pp. 44-47;
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática dos Cuidados* (1ª Reimpressão). Loures: Lusociência;
- Autonomia (s.d.). In *Dicionário Etimológico – Termos Médicos*. Consultado em 29 de Agosto 2015 em <http://www.ebah.pt/content/ABAAABmHEAB/dicionario-dicionario-etimologico?part=10>;
- Backes, D., Backes, M., Sousa, F. & Erdemann, A. (2008, Jul.-Set.). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 7, n.º 3, pp. 319-326;
- Batista, A. (2011). *A Gestão de Recursos Humanos na FNAC Colombo*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, Instituto Superior de Economia e Gestão – Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Ed. Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora;
- Bilbao, M. (2012). *Bloco Operatório: Organizar para funcionar*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Bueno, F. & Queiroz, M. (2006, Mar.-Abr.). O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, n.º 2, pp. 222-227;
- Cabral, D. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória – Contributos para a sua implementação*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal;

- Carapinheiro, G. & Lopes, N. (1997). *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses – Estudo sociográfico de âmbito nacional* (Ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Carvalho, A. & Abreu, M. (s.d.). *Cuidar em Enfermagem*. Consultado em 24 de Março 2014, em http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_11674/artigo_sobre_cuidar_em_enfermagem;
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas – O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (6ª Tiragem). Editora Campus: Rio de Janeiro;
- Clayton, B., Stock, Y. & Cooper, S. (2012). *Farmacologia na Prática de Enfermagem*. Consultado em 11 de Novembro 2015 em <https://books.google.pt/books?id=mO-lIK8l8FoC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>;
- Conselho Jurisdicional – Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer n.º 105/2009 sobre: O acesso à informação de saúde das pessoas, pelos enfermeiros*. Consultado em 10 de Abril 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/documents/parecer_cj_105_2009.pdf;
- Conselho Jurisdicional – Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer n.º 282/2011 sobre: Responsabilidade na gestão das funções do enfermeiro*. Consultado em 10 de Abril 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer282_2011_CJ.pdf;
- Cordeiro, I. (2013). *Trabalho de Projeto – Cuidados de Enfermagem especializados para a segurança do cliente*. Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal;
- Cordeiro, J. (2002). Modalidades de Inserção Profissional nos Quadros Superiores nas empresas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 38, pp. 79-98;
- Costa, A. (2014). *Processos de acolhimento e integração: promoção do envolvimento e identificação organizacional*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Gestão, Faculdade de Economia e Gestão – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal;
- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005, Mai.-Jun.). Prática Baseada em Evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, n.º 3, pp. 415-422;

- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., ..., Andrade, V. (2010, Jun.). Atitudes do Enfermeiro em contexto de Ensino Clínico: uma revisão da literatura. *Millenium*, n.º 38, pp. 271-282;
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: I série – A, n.º 60 (2006). Consultado em 29 de Agosto 2014 em https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf;
- Deloitte Consultores S.A. (2011). *Saúde em Análise*. Consultado em 29 de Setembro 2015, em [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf);
- Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (2011). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (2012). *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (2013). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado (Relatório de Estágio)*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Diniz, V. (2013). *A influência das políticas de financiamento no desempenho económico-financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses – o caso da contratualização nos Hospitais E.P.E.*. Dissertação de Mestrado apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Finanças, Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal;
- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em pareceria com a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012/2013). *Guia da U.C. Projeto/Estágio – 2º e 3º Semestres*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Fernandes, L. (2015). *Socialização, integração e acolhimento dos funcionários dos supermercados Jafers – Elaboração de um manual de acolhimento*. Projeto Empresarial apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos, Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo – Universidade do Algarve, Faro, Portugal;
- Ferrito, C., Ruivo, M., Nunes, L. & C.L.E., 7º (2010, Jan.-Mar.). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, n.º 15, pp. 2-37;

- Ferrito, C. (2010, Jan.-Mar.). Editorial *in* Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, n.º 15, p. 2;
- Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (1ª Ed.). Loures: Lusociência;
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no Bloco Operatório: Revisão do Estado da Arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 17-26;
- Galvão, C., Sawada, N. & Rossi, L. (2002, Set.-Out.). A Prática Baseada em Evidências: Considerações teóricas para sua implementação na Enfermagem Perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, n.º 5, pp. 690-695;
- Góis, C. & Cabrita, M. (2004). *Competências do enfermeiro orientador*. Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal;
- Gomes, A. & Oliveira, D. (2005). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39, n.º 2, pp. 145-153;
- Gonçalves, J. (11 de Novembro 2008). *Metodologia da Pesquisa*. [Blog do Professor José Artur Teixeira Gonçalves]. Consultado em 02 de Fevereiro 2014, em <http://metodologiadapesquisa.blogspot.pt/2008/11/objetivos-gerais-e-especificos.html>;
- Henkel, K. (2012). Análise da não resposta em surveys políticos. *Opinião Pública*, 18, n.º 1, pp. 216-238;
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário* (1ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo;
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (Ed. Desconhecida). Lisboa: Obras Avulsas;
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Destaque – informação à comunicação social*. Consultado em 13 de Novembro 2013 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=215806720&DESTAQUESmodo=2;
- Jesus, B., Gomes, D., Spillere, L., Prado, M. & Canever, B. (2013, Abr.-Jun.). Inserção no mercado de trabalho: trajectória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17, n.º2, pp.336-345;
- Lima, L. & Fernandes, C. (s.d.). *Socialização organizacional*. Consultado em 11 de Maio 2015 em <https://scholar.google.pt/scholar?q=SOCIALIZA%C3%87%C3%83O+ORGANIZA>

CIONAL+ORGANIZATIONAL+SOCIALIZATION&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5;

- Lima, A., Sousa, C. & Cunha, A. (Jan. 2013). Segurança do paciente e montagem de Sala Operatória: Estudo de Reflexão. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, n.º 1, pp. 289-294;
- Lopes, M. (2013, Dez.). Construção do conhecimento em Enfermagem: Duas perspectivas. *Enfermagem Contemporânea: Dez temas, dez debates*, pp. 26-28;
- López, M. & Cruz, M. (1998). *Centro Cirúrgico* (3ª Ed.). Rio de Janeiro: McGraw Hill;
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Supervisão, Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal;
- Marquis, B. & Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e aplicação* (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed;
- Melo, R. (2005, Dez.). Auto-conceito e Desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda – Estudo com estudantes de Enfermagem. *Revista Referência*, IIª série, n.º 1, pp. 63-71;
- Nunes, L. (2003). *Um Olhar sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)* (1ª Ed.). Loures: Lusociência;
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem*. Consultado em 11 de Maio 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II_Cong_ComLN.pdf;
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Nunes, L. (s.d.). *Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul. Dos conceitos a um relanceio ao contexto de enfermagem perioperatória*. [Conversamos?!...]. Consultado em 05 de Novembro 2013, em https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/responsabilidade_contextoenf_perioperatoria.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2001, Dez.). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Consultado em 15 de Fevereiro 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

- Ordem dos Enfermeiros, Universidade Católica Portuguesa e Faculdade de Ciências Humanas (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses* (Ed. Ordem dos Enfermeiros). [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2006, Abr.). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Consultado em 15 de Fevereiro 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2009, Abr.). Modelo de Desenvolvimento Profissional. *Newsletter – Estudante*, 1, Ed. 1, pp. 1-4;
- Ordem dos Enfermeiros (2009, Abr.). Principais aspetos a reter sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP). *Express OE*, pp. 3-5;
- Ordem dos Enfermeiros (2009, Set.). *Código Deontológico*. Consultado em 07 de Abril 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2011, Out.). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Consultado em 04 de Fevereiro 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Instrução de Trabalho n.º 6.2.3.A*. Consultado em 29 de Setembro 2015, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/MDPITs/Dimensao_06/IT_6_2_3_A_I_v001.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2015, Out.). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Consultado em 07 de Janeiro 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (s.d.). *Colégios – Estatística*. Consultado em 20 de Janeiro 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/estatistica.aspx>;
- Pardal, R. (2011). *Relatório de Estágio*. Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal;
- Pedroso, M. (1996). *Integração na vida activa dos profissionais de Enfermagem – Contributos para o estudo da problemática*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação e Desenvolvimento,

- Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa, Portugal;
- Perdigoto, P. (2012). *Riscos no Bloco Operatório realidades que podem influenciar a gestão*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança/Instituto Politécnico do Cávado e do Ave/Instituto Politécnico do Porto/Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Bragança, Portugal;
- Popov, D. & Peniche, A. (2009). As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, n.º 4, pp. 953-961;
- Potra, T. (1997). *Proactividade na Socialização Organizacional – O comportamento de procura de informação do enfermeiro recém-formado*. Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal;
- Potter, P. & Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5ª Ed.). Loures: Lusociência;
- Prado, M. (2015, Out. 31). *Hospitais privados dão milhões*. Consultado em 13 de Novembro 2015 em <http://expresso.sapo.pt/economia/exame/2015-10-31-Hospitais-privados-dao-milhoes>;
- Protocolo de colaboração entre Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Parcerias & Protocolos (2010, Jul.). Consultado em 03 de Setembro 2015 em http://www.si.ips.pt/ess_si/conteudos_geral.conteudos_ver?pct_pag_id=1827&pct_parametros=p_pagina=1827&pct_disciplina=&pct_grupo=6672&pct_grupo=6668;
- Queiroz, A. (2007). *As competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as afirmar e as desenvolver*. Consultado em 10 de Abril 2014 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2770-as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver#.V4Xua1QrJdg>;
- Rato, S. (2007, Jun. 15). *A mulher que revolucionou o mundo dos enfermeiros*. Consultado em 13 de Novembro 2013 em <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/a-mulher-que-revolucionou-o-mundo-dos-enfermeiros.html>;

- Ribeiro, J. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal;
- Ribeiro, J. (2011, Dez.). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série, n.º 5*, pp. 27-36;
- Rola, P. & Caracol, J. (2006). Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, *Enfermagem Perioperatória – da Filosofia à Prática dos Cuidados* (1ª Reimpressão, pp. 281-238). Loures: Lusociência;
- Saikoski, F. (2008). *A integralidade no processo de trabalho de uma equipe de saúde de atenção básica*. Projeto de Pesquisa apresentado para a obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Grupo Hospital Conceição/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Porto Alegre, Brasil;
- Scherer, Z. (2005). *Grupoterapia e Enfermagem: o estudante e a transição teórico-prática*. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil;
- Seleções do Reader's Digest (1992). *Dicionário Enciclopédico de Língua Portuguesa*. Lisboa: Salvat Editores & Publicações Alfa;
- Silva, A. & Fossá, M. (2013, Dez.). O processo de socialização organizacional como estratégia de integração indivíduo e organização. *Reuna, 18, n.º 4*, pp. 5-20;
- Silva, A., Padilha, M. & Borenstein, M. (2002, Jul.-Ago.). Imagem e Identidade Profissional na Construção do Conhecimento de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10, n.º 4*, pp. 586-595;
- Silva, A., Silva, C., Lucena, C., Batalha, E., Pereira, J., Pereira, R., ..., Calderón, P. (2008). Estratégias de Socialização: a forma mais eficaz para a integração entre indivíduo e organização. *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, pp. 1-13;
- Silva, M. & Silva, E. (2004, Out.). Ensino Clínico na formação em Enfermagem. *Revista Millenium, n.º 30*, pp. 103-119;
- Silva, E. & Menezes, E. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;
- Silva, J. (2013). *Relatório de Trabalho de Projeto – Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal;

- Silva, M. (2010). *Processo de Socialização Hospitalar na Perspectiva dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Escola de Economia e Gestão – Universidade do Minho, Braga, Portugal;
- Silvestre, M. (2012). *Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal;
- Simões, J., Fonseca, M. & Belo, A. (2006, Dez.). Relação de Ajuda: Horizontes de Existência. *Revista Referência*, IIª série, n.º 3, pp. 45-54;
- Sousa, D. (2013, Fev.). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Consultado em 07 de Abril 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>;
- Union Nationale des Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'État (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório* (1ª Ed.). Loures: Lusociência;
- Valido, S. (2011). *Checklist cirúrgica: contributo para uma intervenção na área da segurança do doente*. Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Universidade de Évora/Instituto Politécnico de Lisboa, Évora/Lisboa, Portugal;
- Vieira, D., Caires, S. & Coimbra, J. (2011, Jan.-Jun.). Do ensino superior para o trabalho: Contributo dos estágios para inserção profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 12, n.º1, pp. 29-36.

APÊNDICES E ANEXOS

Em seguida apresentam-se em apêndice: os “Objetivos de Estágio” definidos no início do período de estágio (Apêndice I), a definição do problema do qual resultou o PIS (Apêndice II), o pré-teste realizado para validar a correta elaboração do questionário a aplicar aos enfermeiros do serviço (Apêndice III), o questionário aplicado aos enfermeiros do BO em que se realizou o estágio a fim de validar a pertinência do problema identificado (Apêndice IV), a revisão da norma de procedimento relativa ao processo de integração de novos elementos no serviço (Apêndice V), bem como os programas de integração/avaliação anexos à mesma (Apêndice VI), o Guia de Acolhimento elaborado para o serviço (Apêndice VII) e os documentos de divulgação do PIS, nomeadamente um artigo (Apêndice VIII) e um *poster* (Apêndice IX).

Em anexo encontram-se os certificados de frequência do 3º Encontro de Cardiologia da instituição em que decorreu o estágio (Anexo I) e do SAV (Anexo II), a norma de procedimento em vigor no serviço aquando da realização do PIS (Anexo III), a instrução de trabalho emitida pela Estrutura de Idoneidades da OE em relação aos planos de integração de enfermeiros (Anexo IV) e o programa do Congresso de Enfermagem Perioperatória realizado na ESS do IPS (Anexo V).

APÊNDICE I:
OBJETIVOS DE ESTÁGIO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Trabalho elaborado por:
Susana Santos, n.º 120523034

Professora Orientadora: Prof.ª Madalena Cabrita
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Enfermeiro Orientador: Enf. Rui Pardal
Hospital de [REDACTED]

Setembro 2013

Índice

1. Introdução	4
2. Contextualização do Estágio	5
3. Objetivos Gerais de Estágio	7
3.1. Compreender a organização e a dinâmica do Bloco Operatório	7
3.2. Desenvolver competências técnicas para o desempenho de atividades nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória	7
3.2.1. Enfermeiro de Anestesia	8
3.2.2. Enfermeiro Circulante	8
3.2.3. Enfermeiro Instrumentista	9
3.2.4. Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	10
3.3. Aperfeiçoar a capacidade relacional com o utente cirúrgico e família para uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem	10
3.4. Reduzir ao máximo os riscos para o utente através da aplicação de conhecimentos teóricos na área da gestão do risco e segurança em Bloco Operatório	11
3.5. Aplicar a metodologia de projeto no planeamento de um projeto de intervenção em serviço	11
4. Conclusão	12
5. Referências Bibliográficas	13
6. Apêndices	14
Cronograma: Projeto de Formação Individual	

1. Introdução

O presente trabalho surgiu no âmbito da Unidade Curricular “Projeto/Estágio”, que se insere no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). No âmbito da Enfermagem Perioperatória, a presente Unidade Curricular tem como principais objetivos a capacitação do aluno para o uso das principais técnicas de Enfermagem Perioperatória, a promoção do desenvolvimento de competências em contexto clínico, bem como competências de decisão clínica e decisão ética de Enfermagem neste contexto específico, a capacitação para a elaboração de um projeto de formação individual e a aplicação da metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto clínico.

No decorrer deste processo de aprendizagem e formação é docente responsável a professora Cândida Ferrito e são docentes colaboradores os professores António Freitas, Lucília Nunes e Madalena Cabrita, sendo esta última a professora orientadora. É enfermeiro orientador o enfermeiro R. P. especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A presente Unidade Curricular decorre ao longo do 2º e 3º semestres do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, tendo início a 09 de Setembro 2013 e término a 28 de Março 2014, com interrupções letivas de 26 de Outubro a 02 de Novembro 2013 e 23 de Dezembro 2013 a 03 de Janeiro 2014.

A realização do presente trabalho surge com o intuito de traçar os principais objetivos a atingir durante o período de estágio. Assim, neste trabalho pretende-se:

- Caracterizar a instituição e o serviço onde irá decorrer o estágio;
- Definir os objetivos a atingir ao longo do período de estágio;
- Delinear as estratégias necessárias para a concretização dos objetivos propostos.

Este trabalho encontra-se estruturado de acordo com estes objetivos. Numa primeira parte caracteriza-se o local de estágio e posteriormente apresentam-se os objetivos pessoais a atingir ao longo do estágio. Para cada objetivo são apresentadas as ações propostas para a sua concretização.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com o “Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos” da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

2. Contextualização do Estágio

O presente estágio insere-se no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, curso que *“visa proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de Enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório). Desde modo pretende-se suportar o desempenho dos enfermeiros em contexto perioperatório, de modo a que se desenvolvam competências para a manutenção de um ambiente seguro, respondendo eficazmente a situações de grande complexidade.”* (Guia da U.C. Projeto/Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, 2012/2013).

De acordo com o guia da Unidade Curricular o ciclo de estudos visa o desenvolvimento de competências, pretendendo-se que o mestrando: demonstre conhecimento e capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação; aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar; integre conhecimento, lide com questões complexas, desenvolva soluções ou emita juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da Enfermagem Perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações; comunique as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da Enfermagem Perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar; e demonstre capacidades que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da Enfermagem Perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Este estágio irá decorrer no Bloco Operatório de uma instituição de saúde privada. Esta instituição pertence a uma rede privada integrada que incorpora desde unidades hospitalares a clínicas ambulatoriais e hospitais residenciais. Esta rede privada tem também algumas parcerias com o sector público no âmbito do Programa de Parcerias Público-Privadas.

Esta instituição disponibiliza uma ampla oferta de consultas de especialidades médicas e cirúrgicas e meios complementares de diagnóstico, com as condições necessárias para internamento e realização de procedimentos cirúrgicos.

No Bloco Operatório onde se realiza o presente estágio as especialidades cirúrgicas existentes incluem: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia plástica e reconstrutiva estética, cirurgia maxilofacial, neurocirurgia, ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia e oftalmologia.

O Bloco Operatório situa-se no primeiro piso do hospital. Neste piso situa-se também o Serviço Central de Esterilização.

Trata-se de um Bloco Operatório constituído por quatro salas operatórias que funcionam com cirurgia programada, cirurgia de ambulatório (embora não possua as estruturas físicas que caracterizam as Unidades de Cirurgia Ambulatória) e cirurgia de urgência (de acordo com os recursos disponíveis no hospital). O serviço possui também uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com cinco vagas.

Este Bloco Operatório funciona todos os dias úteis entre as 08:00 e as 22:00 horas (ou mais quando os planos cirúrgicos assim o exigem). Durante os fins-de-semana e feriados existe sempre uma equipa de prevenção para eventuais urgências.

3. Objetivos Gerais de Estágio

De acordo com Macedo (2004) o estágio constitui-se como um “*campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida*”.

De seguida expõem-se os objetivos gerais de estágio. Para cada um destes objetivos apresentam-se as ações a desenvolver para os atingir.

3.1. Compreender a organização e a dinâmica do Bloco Operatório

- Pesquisa de literatura relacionada com a organização e a dinâmica do Bloco Operatório e leitura da mesma;
- Elaboração de uma breve descrição do contexto de estágio;
- Realização de uma visita guiada ao Serviço Central de Esterilização;
- Observação do circuito dos dispositivos médicos desde o Serviço Central de Esterilização até ao Bloco Operatório.
- Realização de uma visita guiada ao Serviço de Internamento;
- Observação do acolhimento do utente cirúrgico, da preparação pré-operatória e do seu percurso até à admissão no Bloco Operatório.

3.2. Desenvolver competências técnicas para o desempenho de atividades nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória

- Promoção do espírito de equipa e colaboração com a equipa multidisciplinar;
- Verificação do plano operatório na véspera e/ou no início de cada turno;
- Supervisão da higienização da sala operatória e respetivos equipamentos entre as cirurgias e no final de cada turno;
- Reposição e organização da sala operatória nas diferentes fases do processo cirúrgico;
- Colaboração nos posicionamentos cirúrgicos;
- Verificação dos dispositivos médicos disponíveis no serviço de modo a identificar eventuais faltas a reportar ao enfermeiro responsável;
- Aquisição de conhecimentos relativos aos diferentes tipos de anestesia, bem como relativos às diferentes especialidades cirúrgicas, para a realização de ensinamentos ao utente e esclarecimento de eventuais dúvidas por parte do mesmo;

- Acompanhamento de um utente cirúrgico desde o seu momento de admissão no hospital até à alta, acompanhando assim os momentos pré, intra e pós-operatórios;
- Prestação de cuidados de qualidade e com segurança ao utente cirúrgico;
- Desempenho de atividades nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória.

3.2.1. Enfermeiro de Anestesia

- Preparação do material necessário para a indução anestésica;
- Aquisição de conhecimentos relacionados com farmacologia: posologia, contraindicações e preparação dos fármacos quer de indução anestésica, quer de urgência;
- Validação da operacionalidade do equipamento de anestesia;
- Aquisição de conhecimentos acerca do equipamento de anestesia de modo a facilitar a resolução de eventuais problemas com o mesmo;
- Acolhimento do utente cirúrgico no Bloco Operatório;
- Validação da preparação pré-operatória;
- Colaboração com o anestesista na indução anestésica do utente;
- Promoção da manutenção da temperatura corporal do utente;
- Observação e vigilância intensiva do estado geral do utente;
- Colaboração com o anestesista na fase de reversão anestésica;
- Reposição do carro de anestesia de acordo com os níveis preconizados pela norma instituída no serviço.

3.2.2. Enfermeiro Circulante

- Preparação, em conjunto com o enfermeiro instrumentista, do material necessário para o ato cirúrgico;
- Validação da operacionalidade dos equipamentos necessários à cirurgia;
- Verificação das condições ambientais da sala operatória;
- Colocação do eletrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia (se aplicável);
- Colaboração com o cirurgião na colocação do garrote manual, pneumático ou elétrico (se aplicável);
- Apoio ao enfermeiro instrumentista e restante equipa cirúrgica no ato de vestir batas esterilizadas;
- Colaboração na colocação da mesa cirúrgica;
- Ligação e direcionamento dos focos de luz operatória;
- Conexão dos diferentes materiais estéreis aos equipamentos não estéreis;
- Colaboração na desinfeção da pele e colocação dos campos operatórios;

- Fornecimento dos dispositivos médicos necessários ao ato cirúrgico no decorrer do mesmo;
- Colaboração com o enfermeiro instrumentista na contagem de itens quantificáveis (instrumentos cirúrgicos – no início e no fim da cirurgia, compressas, tampões e objetos cortantes como lâminas e agulhas);
- Acondicionamento e registo das peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos para anatomia patológica, citologia e microbiologia;
- Adequação dos gastos às necessidades do procedimento cirúrgico;
- Manutenção da limpeza e organização da sala operatória no decorrer do ato cirúrgico;
- Realização da triagem de resíduos;
- Colaboração na elaboração do penso cirúrgico.

3.2.3. Enfermeiro Instrumentista

- Preparação, em conjunto com o enfermeiro circulante, do material necessário para o ato cirúrgico;
- Preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Colocação da mesa operatória com a colaboração do enfermeiro circulante;
- Colaboração no ato de vestir batas esterilizadas e na colocação de luvas esterilizadas à restante equipa cirúrgica;
- Desinfecção da área cirúrgica e colocação dos campos operatórios em conjunto com outro elemento da equipa cirúrgica ou com o apoio do enfermeiro circulante;
- Manutenção da técnica asséptica cirúrgica;
- Contagem dos itens quantificáveis (instrumentos cirúrgicos, compressas, tampões e objetos cortantes como lâminas e agulhas), no início, no decorrer e no final do ato cirúrgico;
- Passagem correta e em tempo útil de instrumentos cirúrgicos aos restantes elementos da equipa cirúrgica;
- Organização da mesa operatória e manutenção da mesma no decorrer do ato cirúrgico;
- Recolha das peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos para anatomia patológica, citologia e microbiologia;
- Colaboração com a equipa cirúrgica no encerramento da ferida operatória;
- Realização do penso cirúrgico;
- Limpeza dos instrumentos cirúrgicos com água destilada (se aplicável) e acondicionamento dos mesmos de modo a assegurar um transporte seguro até ao Serviço Central de Esterilização;
- Detecção de eventuais falhas/avarias nos equipamentos e reporte da situação ao enfermeiro responsável.

3.2.4. Enfermeiro de Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

- Preparação da unidade para o acolhimento do utente submetido ao ato anestésico-cirúrgico;
- Acolhimento do utente;
- Avaliação do estado geral do utente e prestação de cuidados em conformidade com o seu estado;
- Avaliação e registo dos sinais vitais do utente a cada 15 minutos durante a primeira hora, de 30 em 30 minutos nas duas horas seguintes e de hora a hora se o seu tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos for superior a três horas;
- Detecção e registo de eventuais alterações no estado de consciência do utente;
- Aplicação de medidas de conforto para o utente (aquecimento corporal, analgesia, posicionamento...);
- Observação do penso cirúrgico e realização do mesmo em caso de necessidade;
- Despiste de sinais de compromisso neuro-circulatório;
- Registo da eliminação vesical e/ou intestinal (caso não ocorra eliminação vesical: avaliação da presença de globo vesical);
- Vigilância das perdas hemáticas;
- Despiste precoce de situações que comprometam o estado do utente;
- Preparação da transferência do utente para o serviço de destino.

3.3. Aperfeiçoar a capacidade relacional com o utente cirúrgico e família para uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem

- Estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente cirúrgico e, sempre que possível, família do mesmo;
- Explicação ao utente cirúrgico dos procedimentos antes da sua execução;
- Estudo e conhecimento dos diferentes procedimentos cirúrgicos e técnicas anestésicas de modo a adquirir a preparação necessária para responder a eventuais questões e/ou dúvidas colocadas pelo utente;
- Utilização de uma linguagem adequada ao nível de conhecimentos do utente e compreensível para o mesmo (evitando o emprego de termos técnicos);
- Compreensão das necessidades do utente cirúrgico através do diálogo ou das suas manifestações perante a sua condição clínica;
- Promoção do conforto do utente e da família (sempre que seja possível o contacto com esta);
- Contacto telefónico com o internamento para que possam ser transmitidas informações à família sobre o estado do seu familiar.

3.4. Reduzir ao máximo os riscos para o utente através da aplicação de conhecimentos teóricos na área da gestão do risco e segurança em Bloco Operatório

- Promoção da segurança do utente no Bloco Operatório através da adoção de medidas de segurança;
- Identificação de situações que comprometam a qualidade dos cuidados;
- Observação das condições da sala operatória;
- Organização da sala operatória de modo a promover uma circulação, quer dos elementos da equipa multidisciplinar, quer dos materiais, livre de obstáculos;
- Prevenção de erros relacionados quer com a medicação quer com local cirúrgico, procedimento e/ou utente errados;
- Prevenção da reação anafilática através do conhecimento prévio de eventuais alergias do utente e de uma passagem de informação correta à restante equipa multidisciplinar;
- Prevenção da infeção do local cirúrgico através das boas práticas de higienização das mãos e assepsia do procedimento cirúrgico;
- Aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

3.5. Aplicar a metodologia de projeto no planeamento de um projeto de intervenção em serviço

- Diálogo com o enfermeiro responsável do serviço e enfermeiro orientador de estágio com o objetivo de identificar uma situação/problema que necessite de intervenção;
- Definição do problema e respetiva análise;
- Definição de estratégias de intervenção com vista à resolução do problema;
- Determinação de prioridades;
- Elaboração de um cronograma com vista à organização da elaboração do projeto;
- Realização de pesquisa bibliográfica relacionada com o problema e sua pertinência.

4. Conclusão

Ao concluir o presente trabalho consideram-se atingidos os objetivos inicialmente propostos: realizou-se uma caracterização da instituição onde irá decorrer o estágio, bem como do respetivo Bloco Operatório, e foram definidos os objetivos gerais a atingir ao longo do período de estágio, bem como delineadas as estratégias necessárias para a sua concretização.

A oportunidade de realizar um Estágio constitui-se sempre como uma possibilidade para o desenvolvimento e aquisição de competências, neste caso de competências práticas e relacionais no âmbito da Enfermagem Perioperatória, essenciais à prestação de cuidados de Enfermagem ao utente cirúrgico e respetiva família.

Além de servir de guia orientador ao longo do estágio, o presente trabalho será, no final do mesmo, alvo de análise e base do Relatório de Estágio, no qual serão expostas as dificuldades sentidas para o desenvolvimento das ações aqui propostas, bem como quais os objetivos que foram atingidos com sucesso ou aqueles que não foram atingidos.

Assim, acredito este trabalho constitui-se como uma ferramenta valiosa que me permitirá a reflexão e desenvolvimento da capacidade de autocrítica no que diz respeito ao meu desempenho.

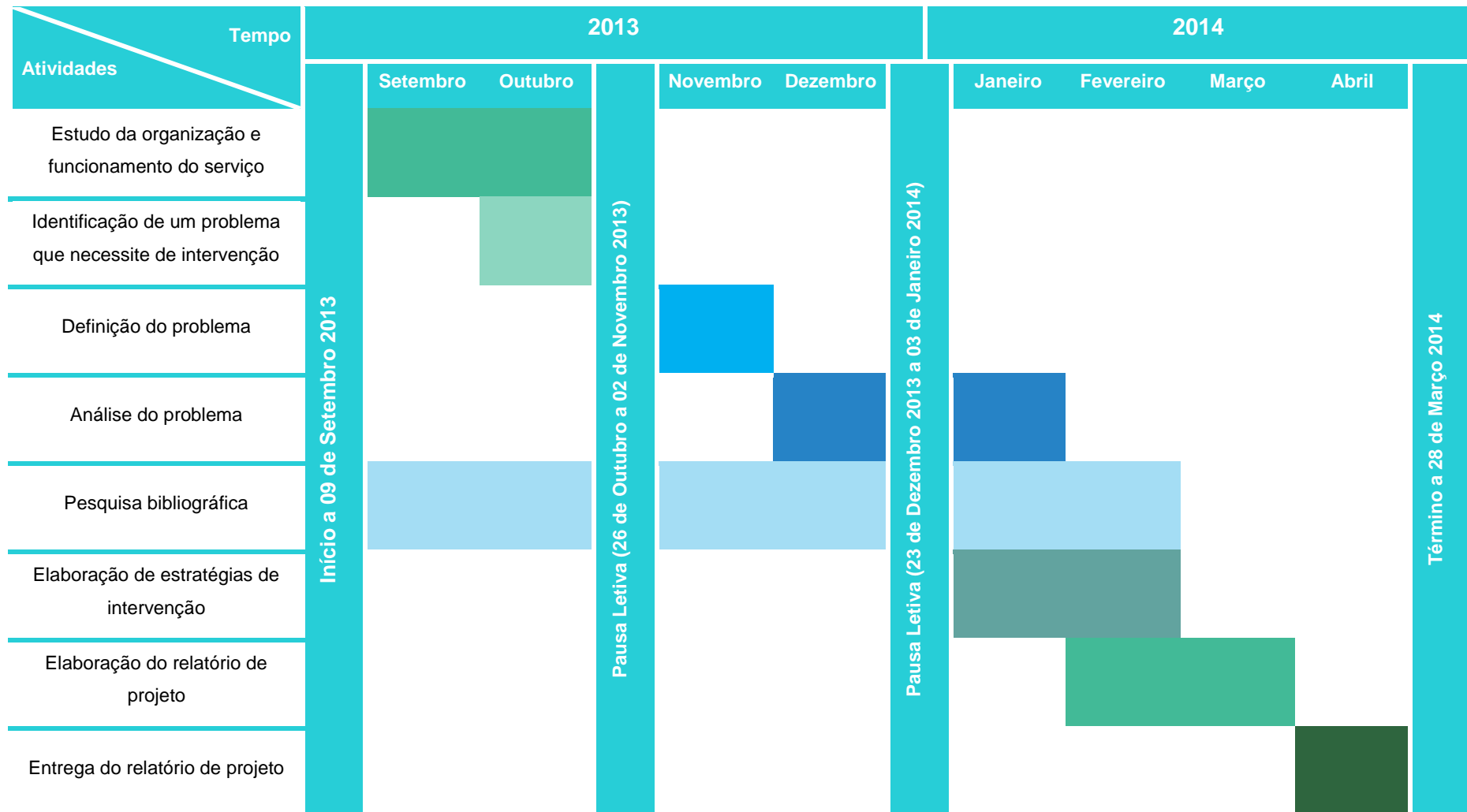
5. Referências Bibliográficas

- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, 2012/2013. **Guia da UC Projeto/Estágio**. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;
- Hospital de [REDACTED]. [Consult. 22 Set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.hospitalde[REDACTED].pt>;
- MACEDO, Ana – Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. [Em linha]. Atelier: Educação e Aprendizagens (2004). [Consult. 21 Set. 2013]. Disponível na Internet: <URL:http://www.aps.pt>;
- VÁRIOS (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) – Funções do Enfermeiro Perioperatório. **In Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. P. 105-170;
- VÁRIOS (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses). **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. 1ª Reimpressão. Loures: Lusodidacta, 2006.

6. Apêndices

Cronograma: Projeto de Formação Individual

Cronograma: Projeto de Formação Individual



APÊNDICE II:

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA



GRELHA DE DIAGNÓSTICO: DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO
ESTUDANTE: Susana Lopes Vairinhos dos Santos, n.º 120523034
SERVIÇO: Bloco Operatório de uma instituição privada
TÍTULO DO PROJETO: Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório de uma Instituição Privada – Norma de Procedimento, Programa de Integração/Avaliação e Guia de Acolhimento
<p>EXPLICAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA DE INTERVENÇÃO: No âmbito da Unidade Curricular “Projeto/Estágio” do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), surgiu a necessidade de identificar um problema no serviço em decorre o estágio.</p> <p>O estágio tem lugar no Bloco Operatório de uma instituição privada. O facto de já existir um conhecimento prévio deste serviço facilitou a identificação do problema, nomeadamente o processo de integração dos novos enfermeiros neste serviço.</p> <p>Apesar da existência de uma norma de procedimento relativa à integração de novos elementos no serviço, bem como de programas de integração e avaliação anexos à mesma, verificou-se que estes documentos não se adequam às reais necessidades do serviço, em particular no que diz respeito aos períodos de integração dos enfermeiros nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória. Os períodos contemplados na norma de serviço em vigor, não são aplicados na realidade visto que as necessidades do serviço não o permitem, podendo gerar falsas expectativas nos novos elementos. Outros aspetos, como o facto de a norma de procedimento ser dirigida tanto a enfermeiros como a auxiliares de ação médica ou o facto de a responsabilidade ser atribuída unicamente aos enfermeiros responsável de serviço e integrador, carecem também de melhoria.</p> <p>Também os programas de integração e avaliação anexos à norma de procedimento em vigor podem ser melhorados e enriquecidos de modo a fornecer aos novos elementos mais informação no que diz respeito às competências a adquirir ao longo do seu processo de integração.</p>

Verificou-se também a inexistência de um documento orientador como um guia de acolhimento e/ou integração para os novos elementos do serviço, que se constitua como uma ferramenta facilitadora da adaptação a este contexto de trabalho tão específico que é o Bloco Operatório. Assim, após discussão informal com a direção e chefia de Enfermagem da instituição e do serviço, respetivamente, considerou-se pertinente a intervenção nesta área.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA:

- Desadequação quer da norma de procedimento relativa ao processo de integração de novos elementos, quer dos programas de integração e avaliação anexos à mesma, à realidade do serviço.

ANÁLISE DO PROBLEMA: A adaptação de um enfermeiro recém-licenciado ao mundo do trabalho constitui-se sempre como um desafio. A assunção repentina da responsabilidade e autonomia profissionais pode ser bastante assustadora para estes enfermeiros. Também para os enfermeiros com experiência profissional, que, por exemplo, tenham que mudar de serviço, a adaptação a uma nova realidade pode ser assustadora.

O Bloco Operatório caracteriza-se por ser um serviço muito específico, onde decorrem atividades altamente especializadas. Devido à sua especificidade, o processo de integração neste serviço é também ele, muito específico.

A AESOP (2006) reconhece que, no que diz respeito ao processo de integração no Bloco Operatório, a experiência profissional dos elementos deve ser sempre tida em consideração. O Bloco Operatório é um serviço de tal modo específico, que a AESOP (2006), reconhece que a adaptação de um enfermeiro com experiência profissional que não em Bloco Operatório, é um processo quase tão moroso como a adaptação de um enfermeiro recém-licenciado. A única situação em que a referida entidade admite que o processo de adaptação ao serviço poderá ser mais rápido e eficaz, é quando estão em causa elementos já com experiência em Bloco Operatório. Mesmo estes elementos devem ter um período de adaptação ao serviço. Não nos podemos esquecer que cada Bloco Operatório tem as suas características: as especialidades cirúrgicas, práticas, normas e dinâmicas, entre muitos outros aspetos, diferem consoante os serviços e as instituições, e, como tal, é imperativo que exista sempre um período de adaptação ao serviço para os novos elementos.

Uma vez identificado o problema a ser alvo de intervenção através da aplicação da Metodologia de Projeto, e discutida a sua pertinência com a direção e chefia de Enfermagem da instituição e do serviço, discutiram-se, com as mesmas entidades e com a professora e enfermeiro orientadores, os objetivos desta intervenção. Concluiu-se que seria pertinente a elaboração de um “Guia de Acolhimento” para os enfermeiros do serviço.

Ainda na fase de diagnóstico da situação, foi discutida a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço, que teria como principal objetivo a validação da pertinência da área de intervenção junto dos mesmos. Este questionário, apesar de utilizado como ferramenta de diagnóstico, teve em consideração os aspetos previamente discutidos com os principais

envolvidos no projeto, tendo sido, além de ferramenta de diagnóstico, construído também de modo a que servisse de instrumento orientador para a elaboração do projeto.

Como tal, além de ser utilizado para validação da pertinência do projeto, o questionário permitiu caracterizar os enfermeiros do serviço, bem como recolher opiniões quanto ao processo de integração a que foram sujeitos os participantes, e sugestões para a elaboração de um “Guia de Acolhimento” e conteúdos a contemplar neste documento.

IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS PARCELARES QUE CONSTITUEM O PROBLEMA GERAL:

- Definição de períodos de integração padrão que não correspondem à realidade do serviço (situação que poderá ser geradora de falsas expectativas para os novos elementos que consultam a norma de procedimento em vigor o respetivo programa de integração e a avaliação do mesmo);
- Ausência de um guia de acolhimento que ajude os novos elementos a compreender a dinâmica e funcionamento da instituição e do serviço em que se inserem.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: Após a identificação do problema a ser alvo de intervenção, definiram-se como prioridades:

- A aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço com vista quer à validação da pertinência do tema, quer à identificação das reais dificuldades/necessidades sentidas pelos mesmos;
- A realização de pesquisa bibliográfica relacionada com a problemática da integração e com os diferentes conceitos a esta associados;
- A elaboração de uma fundamentação teórica baseada na pesquisa realizada, com vista à aquisição de conhecimentos relacionados com a problemática do processo de integração dos enfermeiros;
- A revisão da norma de procedimento em vigor e do programa de integração/avaliação anexo à mesma;
- A elaboração de um guia de acolhimento para os novos enfermeiros do serviço.

OBJETIVOS:

Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria do processo de integração dos novos enfermeiros do serviço através da criação e/ou atualização de documentos orientadores (norma de serviço, programa de integração/avaliação e guia de acolhimento).

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-profissionalmente a equipa de Enfermagem, bem como o seu processo de integração no serviço;
- Identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de integração e obter contributos para a criação e/ou atualização de documentos orientadores;

- Elaborar documentos orientadores ou adequar os documentos já existentes à realidade do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES. (2006). Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados (1ª Reimpressão). Loures: Lusociência;

FERRITO, C.; RUIVO, M. A.; NUNES, L.; 7º C.L.E., Estudantes. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, n.º 15, pp. 2-37.

APÊNDICE III:

PRÉ-TESTE

QUESTIONÁRIO

I. Caracterização Socioprofissional

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Nas perguntas que se seguem, assinale com um “X”, por favor, a opção que se adequa ao seu caso.

Sexo:

Masculino	
Feminino	

Idade:

Entre 20 e 24 anos	
Entre 25 e 29 anos	
Entre 30 e 39 anos	
Entre 40 e 49 anos	
Mais de 50 anos	

Tempo de experiência profissional em Enfermagem:

Menos de 2 anos	
Entre 2 e 5 anos	
Entre 6 e 10 anos	
Entre 11 e 20 anos	
Mais de 20 anos	

Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (incluindo outras instituições):

Menos de 2 anos	
Entre 2 e 5 anos	
Entre 6 e 10 anos	
Entre 11 e 20 anos	
Mais de 20 anos	

Tempo de experiência profissional no Bloco Operatório da presente instituição:

Menos de 2 anos	
Entre 2 e 5 anos	
Entre 6 e 10 anos	
Entre 11 e 20 anos	
Mais de 20 anos	

II. Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Nas perguntas que se seguem, assinale com um “X”, por favor, a opção que se adequa ao seu caso.

Está familiarizado com a norma de serviço relativa à integração de novos enfermeiros?

Sim	
Não	

Quando foi admitido na nossa instituição esta foi-lhe apresentada (princípios da instituição, missão, valores, espaço físico – visita guiada, composição dos diferentes serviços, profissionais...)?

Sim	
Não	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Nas perguntas seguintes poderá assinalar com um “X” várias opções (todas as que se adequem ao seu caso). Caso queira acrescentar/referir outros aspectos que não estejam listados nas respostas, assinale a opção “Outros” e especifique, por favor, nas linhas abaixo, a que outros aspectos se refere.

Quando foi admitido no serviço deram-lhe a conhecer...

Os princípios do serviço	
A missão e os valores do serviço	
As normas do serviço	
O espaço físico do serviço	
Os diferentes profissionais que integram o serviço (apresentação formal)	
Os protocolos do serviço	
A dinâmica do serviço (funcionamento, horários, funções...)	
Os equipamentos disponíveis no serviço	
Outros (especifique por favor)	

Por favor, indique os diferentes momentos contemplados pelo seu período de integração na instituição:

Visita guiada ao serviço	
Período de observação da dinâmica do serviço	
Período de integração na anestesia	
Período de integração na circulação	
Período de integração na instrumentação	
Período de integração no recobro	
Outros (especifique por favor)	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: As perguntas seguintes são perguntas de resposta aberta.

Quando começou a exercer funções no Bloco Operatório da presente instituição qual foi o seu período de integração? (Indique o número de dias, semanas, meses ou anos, especificando a que se refere o número):

No que diz respeito à sua integração na presente instituição, poderia indicar, por favor, o tempo de integração que teve para cada uma das vertentes da enfermagem perioperatória? (Indique o número de dias, semanas, meses ou anos, especificando a que se refere o número):

Anestesia:

Circulação:

Instrumentação:

Recobro:

Quantos turnos realizou com o seu enfermeiro integrador? (Indique o número de turnos):

Quantas reuniões de avaliação teve com o enfermeiro responsável durante o seu processo de integração na instituição? (Indique o número de reuniões):

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Nas perguntas que se seguem, assinale com um “X”, por favor, a opção que se adequa ao seu caso.

Alguma vez teve uma reunião com o enfermeiro responsável do serviço para avaliar a sua evolução?

Sim	
Não	

Foi nomeado um enfermeiro integrador para facilitar a sua adaptação ao serviço?

Sim	
Não	

Durante o seu período de integração na instituição foi sempre acompanhado pelo seu enfermeiro integrador?

Sim	
Não	

Ficava acompanhado de outros enfermeiros quando o enfermeiro integrador não estava presente?

Sim	
Não	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Classifique, numa escala de 1 a 5, os itens que se seguem, assinalando com um “X” a coluna com a classificação por si atribuída.

No que diz respeito ao papel desempenhado pelo enfermeiro responsável do serviço, classifique por favor:	1 – Nada satisfatório	2 - Pouco satisfatório	3 – Razoável	4 - Bom	5 – Excelente
O empenho no seu processo de integração;					
O empenho no processo de integração de novos elementos;					
A preparação da equipa de Enfermagem para a chegada de um novo elemento;					
A apresentação dos novos elementos à equipa multidisciplinar;					
A disponibilidade para participar no processo de integração de novos elementos;					

No que diz respeito ao papel desempenhado pelo seu enfermeiro integrador: NOTA: Se não teve um enfermeiro integrador passe, por favor, à pergunta seguinte.	1 – Nada satisfatório	2 – Pouco satisfatório	3 – Razoável	4 - Bom	5 – Excelente
O empenho no seu processo de integração;					
A disponibilidade demonstrada para o ensino e resolução de problemas;					
A documentação de apoio fornecida para facilitar a sua integração;					
A preparação teórica para responder às suas dúvidas;					
O conhecimento do serviço;					
A transmissão de conhecimentos;					
O envolvimento no processo de socialização entra o novo elemento e a restante equipa de Enfermagem.					

No que diz respeito ao seu processo de integração na instituição, indique, por favor, o seu grau de satisfação no que diz respeito aos seguintes aspectos:	1 - Muito insatisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 - Satisfeito	5 - Muito satisfeito
O empenho global da organização;					
O nível de envolvimento dos superiores hierárquicos no seu processo de integração;					
Os mecanismos de consulta e diálogo com os envolvidos no seu processo de integração;					
O apoio do enfermeiro responsável do serviço;					
A postura do enfermeiro integrador;					
Os esclarecimentos fornecidos relativamente àquele que seria o seu período de integração;					
O feedback dos superiores hierárquicos ao longo deste processo;					
O apoio dos colegas;					
O fornecimento de documentação de suporte;					
O acesso às normas do serviço;					
As avaliações periódicas;					
A forma como o sistema de avaliação de desempenho foi aplicado.					

III. Sugestões

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: O preenchimento deste bloco de perguntas é opcional. Peço-lhe que se tiver sugestões para a melhoria do processo de integração de novos elementos no Bloco Operatório da nossa instituição as partilhe.

O que sugere para melhorar a integração dos novos elementos no serviço?

Considera que um “Manual/Guia de Integração” seria uma boa ferramenta para facilitar este processo?

Que aspectos deveria contemplar este “Manual/Guia de Integração”?

AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (PRÉ-TESTE)

1. Quanto tempo demorou a completar o questionário?

2. Considera que as instruções de preenchimento eram claras ou, pelo contrário, suscitaram-lhe dúvidas?

3. Ainda no que diz respeito às instruções de preenchimento, indique, por favor, aquelas em que teve dúvidas e o que sugere para que estas sejam mais claras.

4. Das questões apresentadas ao longo do questionário, houve alguma que fosse para si pouco clara ou ambígua? Qual/quais?

5. Opôs-se a responder a alguma questão? Qual/quais e porquê?

6. Considera alguma das questões sensível/ofensiva? Qual/quais e porquê?

7. Na sua opinião foi omitido algum tópico importante? Qual?

8. Considerou o formato do questionário claro/atrativo?

9. O que sugere para melhorar o questionário que lhe foi apresentado?

APÊNDICE IV:
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO



No âmbito da Unidade Curricular “Projeto/Estágio” do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses) e sob a orientação da Professora Maria Madalena da Ponte Cabrita, encontro-me de momento a realizar um Projeto de Intervenção no serviço que tem como tema central a “*Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório*”. Este Projeto de Intervenção tem como objetivo geral facilitar o processo de integração dos enfermeiros no serviço e, como objetivos específicos, atualizar a norma de serviço existente e elaborar um guia de integração para o serviço.

Para compreender em que medida o processo de integração de enfermeiros no serviço poderá ser melhorado foi elaborado o questionário em anexo. Assim venho por este meio pedir a sua colaboração. O preenchimento deste questionário tomar-lhe-á aproximadamente 10 minutos do seu tempo. Trata-se de um questionário composto por questões, na sua maioria de resposta fechada. As instruções de preenchimento serão dadas ao longo do questionário. A sua contribuição é muito importante.

Procuró recolher informação acerca do seu processo de integração no Bloco Operatório do Hospital de [REDACTED], bem como sugestões para a melhoria deste processo. A informação fornecida por si será tratada confidencialmente e no relatório final da pesquisa não serão identificadas nem pessoas, nem a instituição em que este é aplicado.

A natureza deste questionário é anónima e asseguro que serão cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes a este tipo de pesquisa para salvaguarda dos participantes, nomeadamente, o respeito pelo sigilo e o anonimato das fontes.

Estou disponível para qualquer aspeto que se julgue oportuno esclarecer.

Grata pela sua participação:

(Susana Santos)

Setúbal, Fevereiro 2014

QUESTIONÁRIO

I. Caracterização Socioprofissional

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Leia as questões que se seguem com atenção e assinale com um “X”, por favor, a opção que se adequa ao seu caso.

1.1. Tipo de vínculo com a instituição:

Contrato (a termo/tempo indeterminado)	
Prestação de Serviços	

1.2. Sexo:

Feminino	
Masculino	

1.3. Tempo de experiência profissional em Enfermagem:

Menos de 2 anos;	
Entre 2 e 5 anos;	
Entre 6 e 15 anos;	
Mais de 15 anos.	

1.4. Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório (noulras instituições):

Nenhum;	
Menos de 2 anos;	
Entre 2 e 5 anos;	
Entre 6 e 15 anos;	
Mais de 15 anos.	

1.5. Tempo de experiência profissional no Bloco Operatório da presente instituição:

Menos de 2 anos;	
Entre 2 e 5 anos;	
Mais de 5 anos.	

II. Processo de Integração no Bloco Operatório da Instituição

2.1. Está familiarizado/a com a norma do serviço relativa ao processo de integração?

Sim	
Não	

2.2. A instituição foi-lhe apresentada quando foi admitido/a na mesma (missão, valores, espaço físico, funcionamento dos serviços...)?	
Sim	
Não	

2.3. Durante o seu processo de integração teve alguma reunião com o enfermeiro chefe para avaliar a sua evolução?	
Sim	
Não	

2.4. Foi nomeado um enfermeiro integrador para facilitar a sua integração no serviço?	
Sim	
Não	

2.5. Durante o seu período de integração no serviço foi sempre acompanhado pelo enfermeiro integrador?	
Sim	
Não	

2.6. Ficava acompanhado de outros enfermeiros quando o enfermeiro integrador não estava presente?	
Sim	
Não	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Nas questões seguintes poderá assinalar com um “X” várias opções (todas as que se adequem ao seu caso). Caso queira acrescentar/referir outros aspectos que não estejam listados nas respostas, assinale a opção “Outros” e especifique, por favor, nas linhas abaixo, a que outros aspectos se refere.

2.7. Quando foi admitido no serviço deram-lhe a conhecer:	
A missão e os valores do serviço	
As normas do serviço	
Os protocolos do serviço	
O espaço físico do serviço	
A equipa multidisciplinar	
Os equipamentos disponíveis no serviço	
A dinâmica do serviço (funcionamento, horários, funções de Enfermagem...)	
Outros (especifique por favor)	

2.8. Indique os diferentes momentos contemplados pelo seu período de integração no serviço:

Visita guiada ao serviço	
Período de observação da dinâmica do serviço	
Período de integração na anestesia	
Período de integração na circulação	
Período de integração na instrumentação	
Período de integração no recobro	
Outros (especifique por favor)	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: A questão seguinte é de resposta aberta.

2.9. No que diz respeito à sua integração na presente instituição, indique, por favor, o tempo de integração que teve para cada uma das vertentes da enfermagem perioperatória (Número de dias, semanas, meses ou anos – especifique a que se refere o número):

Anestesia _____

Circulação _____

Instrumentação _____

Recobro _____

2.10. Considera que um “Guia de Integração” seria uma boa ferramenta para facilitar o processo de integração dos enfermeiros no serviço?

Sim	
Não	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Indique, por favor, o seu grau de satisfação numa escala de 1 a 5 (1 = Muito insatisfeito e 5 = Muito satisfeito), nos itens que se seguem, assinalando com um “X” a coluna com a classificação por si atribuída.

2.11. Relativamente ao seu processo de integração na instituição, indique o seu grau de satisfação no que diz respeito aos seguintes aspectos:	1 – Muito insatisfeito	2 – Insatisfeito	3 – Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 – Satisfeito	5 – Muito satisfeito
O empenho global da organização (apoio administrativo, informação fornecida acerca da instituição, informação acerca do serviço...)					
O nível de envolvimento dos superiores hierárquicos (direcção de Recursos Humanos, direcção de Enfermagem, chefia de Enfermagem...) no seu processo de integração					
O <i>feedback</i> dos superiores hierárquicos ao longo deste processo					
O empenho do enfermeiro chefe no seu processo de integração					
O envolvimento do enfermeiro chefe no seu processo de socialização com os restantes elementos da equipa multidisciplinar					
A disponibilidade do enfermeiro chefe para participar no seu processo de integração					
O apoio do enfermeiro chefe (<i>feedback</i> da sua prestação, resolução de problemas, disponibilidade para ouvir, esclarecimento de dúvidas...)					
Os mecanismos de consulta e diálogo com os principais envolvidos no seu processo de integração (chefia de Enfermagem, enfermeiro integrador)					
A preparação da equipa de Enfermagem para a sua chegada enquanto novo elemento					
O apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar					
O fornecimento de documentação de suporte					
O acesso às normas do serviço					

2.12. No que diz respeito ao papel desempenhado pelo seu <u>enfermeiro integrador</u>: NOTA: Se não teve um enfermeiro integrador passe, por favor, ao grupo III.	1 – Muito insatisfeito	2 – Insatisfeito	3 – Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 – Satisfeito	5 – Muito satisfeito
O empenho no seu processo de integração					
A disponibilidade demonstrada para o ensino e resolução de problemas					
A documentação de apoio fornecida para facilitar a sua integração					
A preparação teórica para responder às suas dúvidas					
O conhecimento do serviço					
A transmissão de conhecimentos					
O envolvimento no processo de socialização entre o novo elemento e a restante equipa de Enfermagem					

III. Sugestões

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: As questões seguintes são de resposta aberta.

3.1. Durante o seu processo de integração quais os aspectos que considerou facilitadores do mesmo?


3.2. Durante o seu processo de integração sentiu algumas dificuldades? Se sim, especifique, por favor, quais as dificuldades sentidas.

3.3. O que sugere para melhorar a integração de novos elementos no serviço?

3.4. Que aspectos deveriam ser contemplados num “Guia de Integração” para o serviço?

APÊNDICE V:

**REVISÃO DA NORMA DE PROCEDIMENTO
RELATIVA AO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO
DE NOVOS ELEMENTOS NO SERVIÇO**

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.

1. Objetivo

Promover um processo de integração de novos elementos de Enfermagem no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos da instituição, adequado quer às necessidades do serviço, quer às necessidades dos novos elementos.

2. Campo de Aplicação

Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Hospital de [REDACTED] – [REDACTED].

3. Siglas, abreviaturas e definições

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses;

BO – Bloco Operatório;

DF – Descritivo de Funções;

NP – Norma de Procedimento;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SCE – Serviço Central de Esterilização;

SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;


UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios;

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;

Enf./Enf.^a – Enfermeiro/Enfermeira;

Enf. Diretor – Enfermeiro responsável pela atividade de Enfermagem na instituição, compatibilizando os objetivos desta com a filosofia e objetivos da profissão de Enfermagem;

Enf. Responsável de Serviço – Enfermeiro supervisor e coordenador do Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, do Serviço Central de Esterilização e do Serviço Externo, bem como da atividade quer dos enfermeiros do serviço, quer dos auxiliares de ação médica que com estes colaboram. Tem como função organizar e gerir o serviço nas suas diferentes áreas (gestão de qualidade e gestão e organização de recursos quer humanos, quer materiais);

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.

Enf. Integrador – Enfermeiro que, em conjunto com o Enfermeiro Responsável de Serviço, participa do processo de integração do novo elemento, servindo como enfermeiro de referência, orientador e mediador na resolução de problemas. Tem uma missão pedagógica, sendo responsável pela transmissão de conhecimentos e por facilitar a adaptação do novo elemento ao contexto de trabalho. Deve ser enfermeiro em exercício profissional contínuo há pelo menos 5 anos, a exercer funções em Bloco Operatório há pelo menos 2 anos, e no contexto de prática clínica atual há pelo menos 6 meses.

4. Referências

BOLETIM DO TRABALHO E EMPREGO. 1ª série, n.º 1 de 08/01/2010: CCT entre Associação Portuguesa Hospitalização Privada e SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses – Revisão Global. Acedido a 09 de Junho 2015, através de: http://www.sep.org.pt/~seporg/images/stories/sep/documentos/DIVERSOS/2011/06/CCT_APHP.pdf;

CABRITA, Madalena; GÓIS, Cristina. (2004). *Competências do enfermeiro orientador*. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal;


CARACOL, Joaquina; ROLA, Paula. (2006). Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório. *In Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta, pp. 281-328;

██████████, ██████████: Norma de Procedimento NP.BO.01 – Integração de Novos Enfermeiros e Empregados Auxiliares de Acção Médica no Bloco Operatório, de 25/10/2007;

SOUSA, Jorge: Norma de Procedimento NP.DE.01 – Integração de Novos Enfermeiros e Empregados Auxiliares de Acção Médica no Hospital de ██████████ [Procedimento da Direcção de Enfermagem], de 25/10/2007;

SOUSA, Jorge: Descritivo de Funções DF.BO.01 – Descrição de Funções do Enfermeiro Responsável de Bloco Operatório, de 25/10/2007;

UNION NATIONALE DES INFIRMIER(E)S DE BLOC OPÉRATOIRE DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT (UNAIBODE). (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS		

5. Responsabilidades

Enf. Diretor, Enf. Responsável de Serviço, Enf. Integrador, novo elemento e restantes elementos da equipa de Enfermagem.

Enf. Diretor:


- Receção e acolhimento do novo elemento no Hospital de [REDACTED];
- Apresentação do espaço físico da instituição e da missão, visão e valores da mesma;
- Encaminhamento para o serviço de destino.

Enf. Responsável de Serviço:

- Preparação da equipa multidisciplinar para a chegada de um novo elemento;
- Acolhimento do novo elemento no serviço;
- Apresentação do novo elemento ao Enf. Integrador;
- Explicação do contexto de trabalho, do modo de funcionamento do serviço e da articulação do mesmo com os demais serviços da instituição;
- Transmissão de informações relativas às normas, protocolos e regras do serviço, bem como relativas ao horário a cumprir, funções a desempenhar e avaliação anual de desempenho.

Enf. Integrador:

- Apresentação do espaço físico do serviço ao novo elemento através de uma visita guiada ao BO e UCPA, bem como ao SCE;
- Apresentação do novo elemento aos restantes elementos da equipa multidisciplinar;
- Discussão, em conjunto com o Enf. Responsável de Serviço e o novo elemento, do Programa de Integração tipo e adaptação do mesmo às necessidades do novo elemento;
- Integração do novo elemento no posto de trabalho;
- Descrição das diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória e das funções a desempenhar em cada uma destas vertentes;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.


- Transmissão dos conhecimentos necessários à correta integração do novo elemento;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Socialização do novo elemento com os restantes elementos da equipa multidisciplinar do serviço;
- Resolução e mediação de eventuais constrangimentos manifestados pelo novo elemento ou pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar em relação a este;
- Apoio, orientação e acompanhamento do novo elemento ao longo do processo de integração;
- Avaliação sistemática do processo de integração.

Novo elemento:

- Colaboração com o Enf. Responsável de Serviço e o Enf. Integrador na adaptação do Programa de Integração tipo às suas necessidades pessoais e profissionais;
- Empenho no processo de integração e na adaptação ao contexto de trabalho;
- Compreensão das diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória e das funções a desempenhar em cada uma destas vertentes;
- Responsabilidade de cumprir com o Regulamento Interno do Hospital de [REDACTED], bem como com as normas e procedimentos da instituição e do serviço;
- Responsabilidade na prestação de cuidados de Enfermagem, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE;
- Comunicação de eventuais problemas e dúvidas, bem como de eventuais dificuldades ou constrangimentos ao longo do seu processo de integração.

Restantes elementos da equipa de Enfermagem:

- Facilitação da adaptação do novo elemento ao contexto de trabalho no BO e UCPA;
- Promoção do processo de socialização do novo elemento com os demais elementos da equipa multidisciplinar;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS		

- Esclarecimento de dúvidas, transmissão de conhecimentos e acompanhamento do novo elemento, sempre que solicitados para tal, quer pelo novo elemento, quer pelo Enf. Responsável de Serviço e/ou Enf. Integrador, por indisponibilidade dos mesmos.

6. Procedimento

O novo elemento é acolhido no serviço pelo Enf. Responsável de Serviço (ou seu substituto em caso de indisponibilidade do mesmo), tomando conhecimento dos principais aspetos relacionados com o novo contexto de trabalho.


É apresentado o Enf. Integrador ao novo elemento, realizada uma visita guiada ao BO e UCPA, bem como ao SCE, e é apresentado ao novo elemento o Programa de Integração tipo e respetiva avaliação no serviço. O Programa de Integração tipo deverá ser analisado e discutido de modo a ser adaptado às necessidades do novo elemento.

O Programa de Integração objetiva a preparação do novo elemento para o desempenho de funções neste contexto de trabalho.

Dependendo da experiência profissional do novo elemento, o processo de integração poderá diferir entre elementos.

Para os elementos recém-licenciados ou sem experiência profissional em BO e UCPA, a integração nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória tem início nas vertentes de anestesia e UCPA. Uma vez concluída a integração do novo elemento nestas vertentes, a integração à circulação só terá início conforme disponibilidade do serviço. O mesmo se sucede para a integração à instrumentação.

Assim, a integração em cada uma das funções de Enfermagem Perioperatória será, para os elementos sem experiência profissional em BO, feita pela seguinte ordem:

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS		

1. Apoio à Anestesia;
2. UCPA;
3. Circulação;
4. Instrumentação.

Note-se que a integração na anestesia e na UCPA poderão decorrer em simultâneo.

Caso o novo elemento do serviço já tenha experiência profissional em BO e/ou UCPA, a integração será realizada de acordo com as suas necessidades e com as funções nas quais se sinta mais confortável.

Os períodos de integração em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória serão adequados às necessidades de cada elemento.

De um modo geral o processo de integração para qualquer novo elemento inicia-se com um breve acolhimento que deve contemplar:

Caracterização geral do serviço:


- Descrição e apresentação da estrutura física, dos aspetos de funcionamento e das diferentes especialidades cirúrgicas do serviço;
- Articulação do serviço com os demais serviços da instituição (SCE, serviço de internamento, UCIM, serviços de diagnóstico e terapêutica e serviços de apoio, entre outros).

Horários a cumprir:

- Descrição do horário de funcionamento do serviço;
- Atribuição de um horário de trabalho ao novo elemento e explicação da carga horária de cada turno: Manhã (das 08:00 às 14:00 horas), Tarde (das 14:00 às 22:00 horas) e Manhã/Tarde (das 08:00 às 20:00 horas);
- Explicação da bolsa de horas;
- Função e localização do livro de comunicados;
- Períodos de férias, faltas e licenças.

Apresentação à equipa multidisciplinar do serviço:

- Apresentação do novo elemento aos demais elementos da equipa multidisciplinar do serviço;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS		

- Indicação dos nomes e funções dos diferentes elementos.

Identificação e localização dos equipamentos/materiais disponíveis no serviço:

- Localização dos diferentes locais de armazenamento de materiais e fármacos (SCE, armazém, farmácia, UCPA);
- Localização das salas de apoio, contíguas às salas de operações, onde são armazenados os diferentes equipamentos;
- Localização das rampas de oxigénio e aspiração, bem como dos ventiladores e carros de anestesia e urgência, nas salas operatórias e UCPA.

Caracterização dos diferentes circuitos de profissionais, utentes e materiais do serviço:


- Identificação das áreas livre, semi-restrita e restrita;
- Identificação das zonas de limpos, sujos e estéreis;
- Identificação das diferentes zonas de entrada e saída de profissionais, utentes e materiais.

Informação relativa aos circuitos de materiais e triagem de resíduos hospitalares:

- Evacuação de instrumentos contaminados, devidamente acondicionados em contentores fechados, para o SCE;
- Realização de uma correta separação dos resíduos: grupos I e II – saco preto, grupo III – saco branco, grupo IV – saco vermelho ou contentor de corto-perfurantes.

Informação relativa às normas, procedimentos e protocolos do serviço, bem como fornecimento de qualquer documentação de suporte relevante para o desempenho de funções:

- Acesso às normas de serviço e base de dados da instituição através da intranet;
- Indicação dos documentos de suporte para consulta, presentes no serviço;
- Entrega do Guia de Acolhimento do serviço;
- Apresentação dos diferentes impressos de registos de Enfermagem em vigor.

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS		


Integração no posto de trabalho e socialização com os elementos da equipa multidisciplinar:

- Indicação das funções que o novo elemento irá desempenhar;
- Esclarecimento de dúvidas.

7. Anexos

- Anexo I – Programa de Integração Tipo de Enfermeiros no BO e UCPA;
- Anexo II – Avaliação do Programa de Integração Tipo de Enfermeiros no BO e UCPA.

Elaboração Enf. ^a Susana Santos	Revisão —	Ratificação Enf. Jorge Sousa <hr/> [Direção de Enfermagem]
--	---------------------	---

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

1. Objetivo

Promover um processo de integração de novos auxiliares de ação médica no Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, no Serviço Central de Esterilização ou no Serviço Externo da instituição (conforme o serviço de destino do novo elemento), adequado quer às necessidades do serviço de destino, quer às necessidades dos novos elementos.

2. Campo de Aplicação

Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Serviço Central de Esterilização ou Serviço Externo do Hospital de [REDACTED] – [REDACTED] [REDACTED].

3. Siglas, abreviaturas e definições

BO – Bloco Operatório;

DF – Descritivo de Funções;

DM – Dispositivos Médicos;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

NP – Norma de Procedimento;


SCE – Serviço Central de Esterilização;

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;

Aux. – Auxiliar;

Enf./Enf.^a – Enfermeiro/Enfermeira;

Aux. de Ação Médica de referência – Auxiliar de Ação Médica que, em conjunto com o Enfermeiro Responsável de Serviço, participa do processo de adaptação do novo elemento ao serviço de destino, ajudando-o a compreender as suas funções e a desempenhá-las da melhor forma. Tem uma missão pedagógica, sendo responsável pela

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

transmissão de conhecimentos e por facilitar a adaptação do novo elemento ao contexto de trabalho. Deve exercer funções no serviço em questão há pelo menos 1 ano;

Enf. Diretor – Enfermeiro responsável pela atividade de Enfermagem na instituição, compatibilizando os objetivos desta com a filosofia e objetivos da profissão de Enfermagem;

Enf. Responsável de Serviço: Enfermeiro supervisor e coordenador do Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, do Serviço Central de Esterilização e do Serviço Externo, bem como da atividade quer dos enfermeiros do serviço, quer dos auxiliares de ação médica que com estes colaboram. Tem como função organizar e gerir o serviço nas suas diferentes áreas (gestão de qualidade e gestão e organização de recursos quer humanos, quer materiais).

4. Referências


■■■■■, ■■■■: Norma de Procedimento NP.BO.01 – Integração de Novos Enfermeiros e Empregados Auxiliares de Acção Médica no Bloco Operatório, de 25/10/2007;

SOUSA, Jorge: Norma de Procedimento NP.DE.01 – Integração de Novos Enfermeiros e Empregados Auxiliares de Acção Médica no Hospital de ■■■■■ [Procedimento da Direcção de Enfermagem], de 25/10/2007;

SOUSA, Jorge: Descritivo de Funções DF.BO.01 – Descrição de Funções do Enfermeiro Responsável de Bloco Operatório, de 25/10/2007.

5. Responsabilidades

Enf. Diretor, Enf. Responsável de Serviço, Aux. de Ação Médica de Referência, novo elemento e restantes elementos da equipa multidisciplinar.

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

Enf. Diretor:


- Receção e acolhimento do novo elemento no Hospital de [REDACTED];
- Apresentação do espaço físico da instituição e da missão, visão e valores da mesma;
- Encaminhamento para o serviço de destino.

Enf. Responsável de Serviço:

- Preparação da equipa multidisciplinar para a chegada de um novo elemento;
- Acolhimento do novo elemento no serviço de destino;
- Apresentação do novo elemento ao Aux. de Ação Médica de referência;
- Explicação do contexto de trabalho, do modo de funcionamento do serviço de destino (BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo) e da articulação do mesmo com os demais serviços da instituição;
- Transmissão de informações relativas às normas, protocolos e regras do serviço de destino, bem como relativas ao horário a cumprir, funções a desempenhar e avaliação anual de desempenho;
- Avaliação sistemática do processo de integração.

Aux. de Ação Médica de referência:


- Apresentação do espaço físico do serviço de destino ao novo elemento através de uma visita guiada;
- Apresentação detalhada do espaço físico do hospital e serviços de apoio ao BO e UCPA e SCE (caso a função do novo elemento seja o Serviço Externo);
- Apresentação do novo elemento aos restantes elementos da equipa multidisciplinar;
- Discussão, em conjunto com o Enf. Responsável de Serviço e o novo elemento, do Programa de Integração tipo e adaptação do mesmo às necessidades do novo elemento;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

- Integração do novo elemento no posto de trabalho;
- Descrição das funções dos Aux. de Ação Médica de acordo com o serviço de destino;
- Transmissão de informações relativas ao processo de integração do novo elemento no serviço de destino ao Enf. Responsável de Serviço para que este possa compreender e avaliar o processo de integração do novo elemento.
- Transmissão dos conhecimentos necessários à correta integração do novo elemento;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Socialização do novo elemento com os restantes elementos da equipa multidisciplinar do serviço de destino;
- Resolução e mediação de eventuais constrangimentos manifestados pelo novo elemento ou pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar em relação a este;
- Apoio, orientação e acompanhamento do novo elemento ao longo do processo de integração.

Novo elemento:

- Colaboração com o Enf. Responsável de Serviço e o Aux. de Ação Médica de referência na adaptação do Programa de Integração tipo às suas necessidades pessoais e profissionais;
- Empenho no processo de integração e na adaptação ao contexto de trabalho;
- Compreensão das funções a desempenhar no seu posto de trabalho;
- Responsabilidade de cumprir com o Regulamento Interno do Hospital de [REDACTED], bem como com as normas e procedimentos da instituição e do serviço de destino;
- Responsabilidade no desempenho das suas funções;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

- Comunicação de eventuais problemas e dúvidas, bem como de eventuais dificuldades ou constrangimentos ao longo do seu processo de integração.

Restantes elementos da equipa multidisciplinar:

- Facilitação da adaptação do novo elemento ao contexto de trabalho do BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo (conforme serviço de destino);
- Promoção do processo de socialização do novo elemento com os demais elementos da equipa multidisciplinar;
- Esclarecimento de dúvidas, transmissão de conhecimentos e acompanhamento do novo elemento, sempre que solicitados para tal, quer pelo novo elemento, quer pelo Enf. Responsável de Serviço por indisponibilidade do mesmo.

6. Procedimento


O novo elemento é acolhido no serviço pelo Enf. Responsável de Serviço (ou seu substituto em caso de indisponibilidade do mesmo) tomando conhecimento dos principais aspetos relacionados com o novo contexto de trabalho.

É apresentado aos demais elementos da equipa multidisciplinar e é nomeado pelo Enf. Responsável de serviço, um Aux. de Ação Médica de referência para o novo elemento com o objetivo de o ajudar e integrar no contexto de trabalho.

O processo de integração dos novos elementos tem a duração aproximada de 1 mês. De um modo geral o processo de integração para o novo elemento, deve contemplar:

Caracterização geral do serviço de destino:

- Descrição e apresentação quer da estrutura física, quer dos aspetos de funcionamento do serviço de destino;
- Articulação entre BO e UCPA e SCE (independentemente do serviço de destino do novo elemento) e articulação do BO e UCPA ou SCE com os demais serviços

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

da instituição (caso o novo elemento venha a desempenhar funções no Serviço Externo).

Horários a cumprir:

- Descrição do horário de funcionamento do serviço de destino;
- Atribuição de horário de um horário de trabalho ao novo elemento e explicação da carga horária de cada turno: Manhã (das 08:00 às 16:00 horas ou das 09:00 às 17:00 horas no caso do Serviço Externo) e Tarde (das 15:00 às 23:00 horas);
- Explicação da bolsa de horas;
- Função e localização do livro de comunicados;
- Períodos de férias, faltas e licenças.


Apresentação à equipa multidisciplinar do serviço de destino:

- Apresentação do novo elemento aos demais elementos da equipa multidisciplinar do serviço de destino;
- Indicação dos nomes e funções dos diferentes elementos.

Identificação e localização dos equipamentos/materiais disponíveis no serviço de destino:

BO e UCPA:

- Localização do armazém onde são armazenados os têxteis, detergentes e afins;
- Localização da sala para despacho de resíduos hospitalares;
- Localização dos equipamentos do serviço nos diferentes armazéns contíguos às salas operatórias;
- Localização dos contentores para acondicionamento e transporte de materiais contaminados para o SCE;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

- Procedimentos a ter em caso de dano e/ou avaria de qualquer material ou equipamento.

SCE:

- Localização dos detergentes;
- Localização das máquinas de lavar e tina enzimática;
- Localização dos diferentes esterilizadores do serviço;
- Procedimentos a ter em caso de dano e/ou avaria de qualquer material ou equipamento.

Serviço Externo:


- Localização do armazém geral, da farmácia e do laboratório da instituição;
- Localização da sala para despacho de resíduos hospitalares;
- Localização do elevador destinado ao transporte de resíduos hospitalares devidamente acondicionados;
- Procedimentos a ter em caso de dano de qualquer material ou equipamento durante o seu transporte.

Caracterização dos diferentes circuitos de profissionais, utentes e materiais do serviço de destino:

- Identificação das áreas livre, semi-restrita e restrita (BO e UCPA ou SCE);
- Identificação das zonas de limpos, sujos e estéreis;
- Identificação das diferentes zonas de entrada e saída de profissionais, utentes e materiais.

Informação relativa aos circuitos de materiais e destino de resíduos hospitalares:

- Explicação dos diferentes grupos de resíduos hospitalares;

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	–
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		


- Explicação dos circuitos do BO e SCE (independentemente do serviço de destino do novo elemento);
- Explicação dos diferentes circuitos de materiais no hospital (caso o serviço de destino seja o Serviço Externo);
- Explicação do modo de acondicionamento e transporte de materiais contaminados e resíduos hospitalares;
- Explicação da importância dos EPI's e dos procedimentos que exigem a sua utilização.

Informação relativa às regras e protocolos do serviço de destino:

- Acesso à base de dados da instituição através da intranet;
- Apresentação dos diferentes impressos de registos do serviço de destino em vigor (BO e UCPA – contagem de placas de gelo, contagem de lâminas de laringoscópio, pedidos de material; SCE – folhas de constituição dos instrumentais cirúrgicos, teste dos equipamentos, validação e inspeção dos processos de lavagem e esterilização dos DM).

Integração no posto de trabalho e socialização com os elementos da equipa multidisciplinar:

- Indicação das funções que o novo elemento irá desempenhar;
- Esclarecimento de dúvidas.

	Data de entrada em vigor:	03/2016
	Revisão:	—
	Próxima revisão:	03/2019
	Cód. Documento:	NP.BO.01 – Enf.
INTEGRAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO E UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS, SERVIÇO CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO OU SERVIÇO EXTERNO		

7. Anexos

- Anexo I – Programa de Integração Tipo de Auxiliares de Ação Médica no BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo;
- Anexo II – Avaliação do Programa de Integração Tipo de Auxiliares de Ação Médica no BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo.

Elaboração Enf. ^a Susana Santos	Revisão —	Ratificação Enf. Jorge Sousa _____ [Direção de Enfermagem]
--	---------------------	--

APÊNDICE VI:

PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO E AVALIAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS NO SERVIÇO

ANEXO I: PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TIPO DE ENFERMEIROS NO BO E UCPA

A aplicação do Programa de Integração tipo tem por objetivo uniformizar o processo de integração de novos elementos de Enfermagem no serviço. Os tempos previstos apresentados, nada mais são do que tempos de referência, ajustáveis às necessidades quer do serviço, quer de cada novo elemento.

OBJETIVOS A ATINGIR PELO NOVO ELEMENTO	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RESPONSÁVEL PELO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	TEMPO PREVISTO
ACOLHIMENTO NA INSTITUIÇÃO E NO SERVIÇO			
Conhecer a instituição, o grupo em que se insere e a sua dinâmica organizacional	Visita guiada ao hospital e aos diferentes serviços que o constituem; Transmissão da visão, missão e valores da instituição; Informação relativa aos diferentes profissionais que integram a instituição e aos diferentes papéis que desempenham no seio da mesma.	Enf. Diretor	1 hora
Compreender a dinâmica organizacional do serviço	Acolhimento do novo elemento no BO e UCPA; Transmissão de informação relativa a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura física e funcional do serviço; ▪ Vestuário adequado (roupa de circulação no serviço e roupa de circulação externa); ▪ Funções do Enf. perioperatório; ▪ Constituição da equipa multidisciplinar; ▪ Direitos e deveres do novo elemento; ▪ Horários de trabalho; ▪ Normas, protocolos e regras do serviço; ▪ Articulação do serviço com os demais serviços da instituição; ▪ Toda a demais informação considerada pertinente. 	Enf. Responsável de Serviço	2 horas

	<p>Identificação das necessidades e expectativas do novo elemento;</p> <p>Apresentação do novo elemento ao Enf. Integrador;</p> <p>Estabelecimento, em conjunto com o Enf. Integrador, dos objetivos a atingir pelo novo elemento, bem como definição dos períodos de tempo para atingir estes objetivos (em consonância com as necessidades manifestadas pelo novo elemento).</p>		
Conhecer a estrutura física e funcional do serviço	<p>Visita guiada quer ao BO e UCPA, quer ao SCE (devido à dependência entre estes dois serviços):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestiários; ▪ Gabinete de secretariado; ▪ Gabinete de coordenação; ▪ Copa; ▪ BO; ▪ Zona de desinfeção cirúrgica; ▪ Limpos e sujos; ▪ Armazéns de apoio à atividade cirúrgica; ▪ Farmácia; ▪ Salas Operatórias; ▪ UCPA; ▪ Zona de entrada e saída de utentes; ▪ SCE. 	Enf. Responsável de Serviço e/ou Enf. Integrador	1 hora
Compreender a importância da triagem de resíduos hospitalares e correto	<p>Promoção da correta separação dos resíduos hospitalares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resíduos hospitalares dos grupos I e II (equiparados a urbanos e não perigosos, respetivamente) – saco preto; ▪ Resíduos hospitalares do grupo III (risco biológico) – saco branco; 	Enf. Responsável de Serviço e/ou Enf. Integrador	1 hora

<p>acondicionamento de dispositivos médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resíduos hospitalares do grupo IV (específicos – também de risco biológico) – saco vermelho ou contentor de corto-perfurantes. <p>Promoção do correto acondicionamento dos dispositivos médicos enviados para limpeza ou esterilização de acordo com o seu grau de contaminação (classificação Spaulding):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigo crítico – penetra a pele, tecidos estéreis ou sistema vascular (esterilização); ▪ Artigo semicrítico – entra em contato com mucosa ou pele não íntegra (desinfecção de alto nível/esterilização); ▪ Artigo não crítico – apenas entra em contato com pele íntegra (limpeza e desinfecção de baixo nível). 		
<p>Conhecer as normas, protocolos e regras em vigor no serviço e na instituição</p>	<p>Promoção do acesso do novo elemento à intranet para consulta das normas, protocolos e regras do serviço (requer atribuição de nome de utilizador e palavra-passe pelo Departamento de Serviços Informáticos a pedido do Enf. Responsável de Serviço);</p> <p>Apresentação dos impressos de registo de Enfermagem em vigor no serviço (folha de registo intraoperatório, folhas de débitos, folhas de armazém – para registo de material de implante – folhas de vigilância epidemiológica de procedimentos invasivos – punção venosa periférica ou central, algaliação; punção arterial...);</p> <p>Indicação dos documentos de suporte para consulta, disponíveis no serviço.</p>	<p>Enf. Integrador</p>	<p>5 dias</p>
<p>Compreender as diferentes funções</p>	<p>Observação da dinâmica do BO e UCPA;</p> <p>Observação dos circuitos de profissionais, utentes e materiais no serviço;</p> <p>Observação das funções de Enfermagem Perioperatória;</p>	<p>Novo elemento com o devido acompanhamento</p>	<p>5 dias</p>

desempenhadas pelo Enf. perioperatório	<p>Observação da articulação do serviço com os demais serviços da instituição;</p> <p>Observação e manipulação dos diversos materiais e equipamentos do serviço;</p> <p>Colaboração na prestação de cuidados ao utente cirúrgico com o devido acompanhamento e supervisão;</p> <p>Realização de registos de Enfermagem com o devido acompanhamento e supervisão.</p>	e supervisão por parte do Enf. Integrador	
ANESTESIA			
Desenvolver competências como Enf. de apoio à anestesia	<p>Preparação e verificação das condições da sala operatória e preenchimento da lista de verificação de anestesia, devidamente datada e identificada;</p> <p>Colaboração no processo de acolhimento do utente cirúrgico no serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento do utente cirúrgico; ▪ Validação dos dados do utente cirúrgico com o mesmo, não esquecendo a verificação dos dados constantes do processo, vinhetas e pulseira (nome completo, data de nascimento, antecedentes pessoais, alergias, jejum, próteses, cirurgia a que vai ser submetido e lateralidade da mesma, se aplicável, consentimento informado, entre outros). <p>Realização da lista de verificação de segurança cirúrgica, em voz alta e na presença de toda a equipa;</p> <p>Observação, compreensão e colaboração com o anestesista nas diferentes técnicas anestésicas;</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Enf. Integrador ou Enf. de apoio à anestesia por este designado	1 mês (A integração no apoio à anestesia poderá decorrer em simultâneo com a integração na UCPA)

	<p>Estudo e compreensão dos mecanismos de ação e interação dos diferentes fármacos utilizados no serviço;</p> <p>Colaboração na preparação e administração de fármacos com o devido acompanhamento e supervisão;</p> <p>Colaboração na preparação do utente cirúrgico para a indução anestésica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferência do utente cirúrgico para a sala operatória; ▪ Monitorização; ▪ Posicionamento adequado do utente cirúrgico para o ato anestésico. <p>Colaboração na preparação do material necessário à indução anestésica, com o devido acompanhamento e supervisão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação dos ventiladores, rampas de gases medicinais e aspiração; ▪ Preparação do material de ventilação; ▪ Conhecimento do material de apoio para a abordagem da via aérea difícil; ▪ Verificação do material de ventilação acessório e do material de aspiração; ▪ Verificação do carro de anestesia da sala operatória e reposição do mesmo, se necessário. <p>Colaboração com o anestesista na indução, manutenção e reversão da anestesia;</p> <p>Realização de registos de Enfermagem;</p> <p>Transferência do utente cirúrgico para a UCPA;</p> <p>Monitorização do utente cirúrgico em conjunto com o Enf. de UCPA;</p>		
--	---	--	--

	<p>Transmissão de informação oral e escrita ao Enf. de UCPA de modo a assegurar a continuidade dos cuidados;</p> <p>Supervisão da correta limpeza e desinfecção dos dispositivos médicos utilizados na indução anestésica;</p> <p>Supervisão, em conjunto com o Enf. circulante, da limpeza e reorganização da sala operatória;</p> <p>Verificação e reposição do equipamento de anestesia, assegurando as condições necessárias para a entrada de outro utente cirúrgico na sala operatória.</p>		
UCPA			
Desenvolver competências como Enf. de UCPA	<p>Preparação das unidades para a receção dos utentes;</p> <p>Verificação do ventilador, do carro de urgência e da mala de transporte, conforme preconizado;</p> <p>Reposição dos níveis de fármacos e materiais sempre que necessário;</p> <p>Colaboração no processo de acolhimento do utente cirúrgico na UCPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento do utente cirúrgico; ▪ Monitorização do utente cirúrgico em conjunto com o Enf. de apoio à anestesia; ▪ Receção de toda a informação relevante para a continuidade dos cuidados. <p>Compreensão dos efeitos adversos específicos de cada uma das diferentes técnicas anestésicas;</p> <p>Colaboração na preparação e administração de fármacos com o devido acompanhamento e supervisão;</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Enf. Integrador ou Enf. de UCPA por este designado	1 mês (A integração na UCPA poderá decorrer em simultâneo com a integração no apoio à anestesia)

	<p>Vigilância do estado geral do utente cirúrgico (estado de consciência, sinais vitais, penso cirúrgico, perdas hemáticas, eliminação, desconforto...);</p> <p>Realização de registos de Enfermagem;</p> <p>Colaboração na transferência do utente cirúrgico para o serviço de internamento ou UCIM;</p> <p>Transmissão de informação oral e escrita ao Enf. de internamento de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.</p>		
CIRCULAÇÃO			
Desenvolver competências como Enf. circulante	<p>Observação das funções do Enf. circulante;</p> <p>Posicionamento adequado do utente cirúrgico para o ato cirúrgico;</p> <p>Compreensão dos circuitos de materiais limpos/sujos;</p> <p>Verificação do plano operatório;</p> <p>Mediação com o SCE no pedido de instrumental cirúrgico para o BO, no encaminhamento do mesmo após a sua utilização, e na comunicação de eventuais problemas com os instrumentos e/ou processo de esterilização dos mesmos;</p> <p>Preparação, em conjunto com o Enf. instrumentista, do material para os diferentes procedimentos cirúrgicos a realizar de acordo com o plano operatório;</p> <p>Verificação das condições da sala operatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpeza da sala operatória; ▪ Temperatura da sala operatória; ▪ Equipamentos necessários ao ato cirúrgico e seu funcionamento; ▪ Condições de segurança para os profissionais e utente cirúrgico. <p>Leitura e interpretação dos indicadores de esterilização dos instrumentos;</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Enf. Integrador e/ou Enf. instrumentista	<p>2 semanas</p> <p>(A integração na circulação inicia-se quando houver disponibilidade por parte do serviço.</p> <p>O tempo de integração nesta vertente da Enfermagem Perioperatória poderá diferir do tempo de referência aqui definido em função do conhecimento que o novo elemento já tem</p>

	<p>Verificação da integridade das embalagens dos instrumentos esterilizados, bem como do prazo de validade do processo de esterilização dos mesmos;</p> <p>Compreensão da técnica asséptica cirúrgica;</p> <p>Colocação do eletrodo neutro, sempre que necessário, considerando as recomendações para a sua colocação e atentando ao tipo de pele do utente cirúrgico;</p> <p>Conexão dos equipamentos estéreis aos equipamentos não estéreis;</p> <p>Contagem, em conjunto com o Enf. instrumentista, de compressas, instrumentos e material corto-perfurante;</p> <p>Realização de registos de Enfermagem, e registo de dispositivos médicos implantados;</p> <p>Identificação das peças para anatomia patológica e correto acondicionamento das mesmas;</p> <p>Supervisão, em conjunto com o Enf. de apoio à anestesia, da limpeza da sala operatória e reorganização da mesma.</p>		dos materiais e equipamentos, bem como das diferentes técnicas cirúrgicas)
INSTRUMENTAÇÃO			
Desenvolver competências como Enf. instrumentista	<p>Observação das funções do Enf. instrumentista;</p> <p>Verificação do plano operatório;</p> <p>Preparação, em conjunto com o Enf. circulante, do material para os diferentes procedimentos cirúrgicos a realizar de acordo com o plano operatório;</p> <p>Leitura e interpretação dos indicadores de esterilização dos instrumentais cirúrgicos;</p> <p>Verificação da integridade das embalagens dos instrumentos esterilizados, bem como do prazo de validade do processo de esterilização dos mesmos;</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Enf. Integrador e/ou Enf. circulante	<p>A definir em função da especialidade cirúrgica em que o novo elemento é integrado</p> <p>(A integração na instrumentação inicia-se quando o novo elemento já</p>

	<p>Realização da lavagem cirúrgica das mãos;</p> <p>Compreensão dos princípios gerais de colocação de mesas de instrumentação;</p> <p>Compreensão da técnica asséptica cirúrgica e manutenção da mesma ao longo de todo o procedimento cirúrgico;</p> <p>Utilização e manipulação de vestuário estéril (paramentação);</p> <p>Colaboração com a equipa estéril na colocação dos campos cirúrgicos;</p> <p>Conhecimento e previsão dos tempos operatórios de modo a antecipar-se ao cirurgião:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diérese (corte, divisão e separação dos tecidos); ▪ Hemostasia (prevenção da hemorragia); ▪ Exérese (tratamento cirúrgico); ▪ Síntese (junção, união e encerramento dos tecidos). <p>Realização correta e segura da passagem de instrumentos à restante equipa cirúrgica;</p> <p>Contagem, em conjunto com o Enf. circulante, de compressas, instrumentos e material corto-perfurante;</p> <p>Realização de uma correta separação dos resíduos hospitalares;</p> <p>Identificação das peças para anatomia patológica e transmissão ao Enf. circulante do correto meio de acondicionamento das mesmas;</p> <p>Acondicionamento adequado dos instrumentos cirúrgicos de modo a que estes possam ser evacuados da sala operatória em segurança para os demais profissionais.</p>		<p>possuir um</p> <p>conhecimento</p> <p>diferenciado na</p> <p>vertente</p> <p>perioperatória da</p> <p>circulação)</p>
--	--	--	--

ANEXO II: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TIPO DE ENFERMEIROS NO BO E UCPA

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
COMPETÊNCIAS GERAIS	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Demonstra conhecer a instituição, sua visão, missão e valores		1	2	3	4	5
Conhece a estrutura física e funcional do serviço		1	2	3	4	5
Compreende a dinâmica organizacional do serviço e o seu papel no seio da mesma		1	2	3	4	5
Relaciona-se de forma empática com os restantes elementos da equipa multidisciplinar		1	2	3	4	5
Promove o bom ambiente de trabalho, sendo solícito e eficaz, respeitoso e educado para com o outro		1	2	3	4	5
Respeita as regras de funcionamento do serviço		1	2	3	4	5
Demonstra conhecimento das normas e protocolos do serviço		1	2	3	4	5
Compreende os diferentes circuitos de profissionais, utentes e materiais no serviço		1	2	3	4	5
Compreende a articulação do serviço com os demais serviços da instituição		1	2	3	4	5
Manipula os diversos materiais e equipamentos do serviço respeitando a sua integridade		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Enf. Integrador:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
ANESTESIA	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Realiza o acolhimento do utente cirúrgico no BO		1	2	3	4	5
Demonstra conhecimento das diferentes técnicas anestésicas		1	2	3	4	5
Conhece a ação e os mecanismos de interação dos fármacos		1	2	3	4	5
Conhece o funcionamento dos equipamentos de anestesia		1	2	3	4	5
Colabora com o anestesista e responsabiliza-se pelos cuidados de Enfermagem ao utente cirúrgico		1	2	3	4	5
Realiza os registos de Enfermagem intraoperatórios		1	2	3	4	5
Colabora na transferência do utente cirúrgico para a UCPA		1	2	3	4	5
Transmite informações orais e escritas assegurando a continuidade dos cuidados		1	2	3	4	5
Reorganiza a sala operatória no final das cirurgias e procede à sua reposição		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Enf. Integrador:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
UCPA	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Prepara a unidade para o acolhimento do utente cirúrgico		1	2	3	4	5
Realiza as verificações diárias necessárias (ventilador e carro de urgência)		1	2	3	4	5
Conhece as rotinas de verificação semanais (copos humidificadores, filtros de aspiração, teste do desfibrilhador...) e mensais (verificação da mala de transporte)		1	2	3	4	5
Realiza o acolhimento do utente cirúrgico na UCPA		1	2	3	4	5
Conhece as diferentes técnicas anestésicas e cuidados pós-anestésicos inerentes às mesmas		1	2	3	4	5
Conhece os cuidados pós-cirúrgicos específicos de cada cirurgia		1	2	3	4	5
Responsabiliza-se pela prestação de cuidados pós-anestésicos e pós-cirúrgicos aos utentes		1	2	3	4	5
Reconhece complicações pós-operatórias reportando-as ao anestesista e/ou cirurgião		1	2	3	4	5
Realiza os registos de Enfermagem pós-operatórios		1	2	3	4	5
Transfere o utente cirúrgico para o destino de alta (UCIM, internamento ou outro)		1	2	3	4	5
Transmite informações orais e escritas promovendo a continuidade dos cuidados do utente cirúrgico		1	2	3	4	5
Reorganiza a unidade preparando-a para acolher o próximo utente cirúrgico		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Enf. Integrador:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
CIRCULAÇÃO	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Realiza o planeamento dos cuidados de acordo com o utente, cirurgia e cirurgião		1	2	3	4	5
Controla as condições ambientais da sala operatória		1	2	3	4	5
Prepara e testa todo o equipamento necessário à cirurgia		1	2	3	4	5
Colabora no acolhimento do utente cirúrgico		1	2	3	4	5
Colabora na preparação das mesas cirúrgicas		1	2	3	4	5
Respeita a técnica asséptica cirúrgica		1	2	3	4	5
Colabora no posicionamento do utente cirúrgico		1	2	3	4	5
Colabora com o Enf. instrumentista nos procedimentos inerentes à cirurgia		1	2	3	4	5
Mantém a disciplina na sala operatória e vigia o comportamento da equipa		1	2	3	4	5
Dá resposta a situações de urgência durante a cirurgia		1	2	3	4	5
Realiza a contagem de itens quantificáveis em conjunto com o Enf. instrumentista, nos tempos corretos		1	2	3	4	5
Realiza os registos de material implantado no utente cirúrgico		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Enf. Integrador:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
INSTRUMENTAÇÃO	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Planifica os cuidados de acordo com o utente, cirurgia e cirurgião		1	2	3	4	5
Prepara, em conjunto com o Enf. circulante, o instrumental e equipamentos necessários à cirurgia		1	2	3	4	5
Realiza a lavagem cirúrgica das mãos e utiliza o vestuário estéril de acordo com as normas do serviço		1	2	3	4	5
Prepara a mesa cirúrgica respeitando a técnica asséptica cirúrgica		1	2	3	4	5
Responsabiliza-se pela manutenção da técnica asséptica durante toda a intervenção		1	2	3	4	5
Conhece os tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião		1	2	3	4	5
Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança		1	2	3	4	5
Realiza a manutenção intraoperatória dos instrumentos cirúrgicos		1	2	3	4	5
Mantém a organização da mesa de instrumentação		1	2	3	4	5
Realiza a contagem de itens quantificáveis em conjunto com o Enf. circulante, nos tempos corretos		1	2	3	4	5
Acondiciona o material cirúrgico de modo a que este possa ser evacuado em segurança		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Enf. Integrador:

O Enf. Responsável de Serviço:

ANEXO I: PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TIPO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BO E UCPA, SCE OU SERVIÇO EXTERNO

A aplicação do Programa de Integração tipo tem por objetivo uniformizar o processo de integração dos Auxiliares de Ação Médica no serviço de destino. O tempo previsto apresentado é um tempo de referência, ajustável às necessidades quer do serviço de destino, quer de cada novo elemento.

OBJETIVOS A ATINGIR PELO NOVO ELEMENTO	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RESPONSÁVEL PELO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	TEMPO PREVISTO
ACOLHIMENTO NA INSTITUIÇÃO E NO SERVIÇO DE DESTINO			
Conhecer a instituição, o grupo em que se insere e a sua dinâmica organizacional	Visita guiada ao hospital e aos diferentes serviços que o constituem; Transmissão da visão, missão e valores da instituição; Informação relativa aos diferentes profissionais que integram a instituição e aos diferentes papéis que desempenham no seio da mesma.	Enf. Diretor	1 hora
Compreender a dinâmica organizacional do serviço de destino	Acolhimento do novo elemento no serviço de destino (BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo); Transmissão de informação relativa a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura física e funcional do serviço de destino; ▪ Vestuário adequado (roupa de circulação no BO e UCPA ou SCE e roupa de circulação externa); ▪ Funções do Aux. de Ação Médica no BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo (conforme serviço de destino); ▪ Constituição da equipa multidisciplinar; ▪ Direitos e deveres do novo elemento; ▪ Horários de trabalho; ▪ Normas, protocolos e regras do serviço de destino; 	Enf. Responsável de Serviço	2 horas

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação do serviço de destino com os demais serviços da instituição; ▪ Toda a demais informação considerada pertinente. <p>Identificação das necessidades e expectativas do novo elemento; Apresentação do novo elemento ao Aux. de Ação Médica de referência; Estabelecimento dos objetivos a atingir pelo novo elemento (em consonância com as necessidades manifestadas pelo mesmo).</p>		
Conhecer a estrutura física e funcional do serviço de destino	<p>Visita guiada quer ao BO e UCPA, quer ao SCE (independentemente do serviço de destino do novo elemento) e hospital (caso o serviço de destino seja o Serviço Externo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestiários; ▪ Gabinete de secretariado; ▪ Gabinete de coordenação; ▪ Copa; ▪ BO; ▪ Zona de desinfeção cirúrgica; ▪ Limpos e sujos; ▪ Armazéns de apoio à atividade cirúrgica; ▪ Farmácia; ▪ Salas Operatórias; ▪ UCPA; ▪ Zona de entrada e saída de utentes; ▪ SCE. 	Enf. Responsável de Serviço e/ou Aux. De Ação Médica de referência	1 hora

<p>Compreender a importância da triagem de resíduos hospitalares e correto acondicionamento de DM'</p>	<p>Promoção da correta separação dos resíduos hospitalares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resíduos hospitalares dos grupos I e II (equiparados a urbanos e não perigosos, respetivamente) – saco preto; ▪ Resíduos hospitalares do grupo III (risco biológico) – saco branco; ▪ Resíduos hospitalares do grupo IV (específicos – também de risco biológico) – saco vermelho ou contentor de corto-perfurantes. <p>Promoção do correto acondicionamento dos DM enviados para limpeza ou esterilização e tratamento dos mesmos de acordo com o seu grau de contaminação (classificação Spaulding):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigo crítico – penetra a pele, tecidos estéreis ou sistema vascular (esterilização); ▪ Artigo semicrítico – entra em contato com mucosa ou pele não íntegra (desinfecção de alto nível/esterilização); ▪ Artigo não crítico – apenas entra em contato com pele íntegra (limpeza e desinfecção de baixo nível). 	<p>Enf. Responsável de Serviço e/ou Aux. de Ação Médica de referência</p>	<p>1 hora</p>
<p>Conhecer as normas, protocolos e regras em vigor no serviço de destino e na instituição</p>	<p>Promoção do acesso do novo elemento à intranet para consulta das normas, protocolos e regras do serviço de destino (requer atribuição de nome de utilizador e palavra-passe pelo Departamento de Serviços Informáticos a pedido do Enf. Responsável de Serviço);</p> <p>Apresentação dos impressos de registo em vigor no serviço de destino (BO: contagem de placas de gelo, contagem de lâminas de laringoscópio, pedidos de material; SCE: folhas de constituição dos instrumentais cirúrgicos, teste dos equipamentos, validação e inspeção dos processos de lavagem e esterilização dos DM);</p>	<p>Aux. De Ação Médica de referência</p>	<p>2 dias</p>

	Indicação dos documentos de suporte para consulta, disponíveis no serviço.		
Compreender as funções do Aux. de Ação Médica	<p>Observação da dinâmica do BO e UCPA, SCE ou Serviço Externo (conforme serviço de destino);</p> <p>Observação dos circuitos de profissionais, utentes e materiais no serviço de destino;</p> <p>Observação das funções desempenhadas pelo Aux. de Ação Médica no serviço de destino;</p> <p>Observação da articulação do serviço de destino com os demais serviços da instituição;</p> <p>Observação e manipulação dos diversos materiais e equipamentos do serviço de destino;</p> <p>Colaboração com os diversos elementos da equipa multidisciplinar sempre que solicitado para tal.</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Aux. de Ação Médica de referência	3 dias
BO e UCPA			
Desempenhar funções como Aux. de Ação Médica e compreender o seu papel no BO e UCPA	<p>Conhecimento dos diferentes EPI's e das situações em que estes deverão ser utilizados;</p> <p>Receção e armazenamento de têxteis (lençóis, mantas, almofadas...);</p> <p>Receção, acondicionamento e armazenamento de materiais de consumo clínico de uso recorrente (máscaras, detergentes, soluções de desinfecção...);</p> <p>Compreensão da importância da limpeza do serviço devido aos procedimentos invasivos que aqui se realizam;</p> <p>Higienização e manutenção de DM cujo grau de contaminação é não-crítico;</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Aux. de Ação Médica de referência	1 mês

	<p>Evacuação de DM (devidamente acondicionados pelos elementos de Enfermagem) cujo grau de contaminação é crítico ou semicrítico para o local dos sujos;</p> <p>Conhecimento dos diferentes circuitos de circulação de materiais, pessoal e utentes no serviço;</p> <p>Colaboração com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar ao longo de cada cirurgia:</p> <p>No início cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar que existem máscaras, desinfetantes das mãos e toalhetes de papel na zona de desinfeção cirúrgica; ▪ Assegurar que todos os equipamentos solicitados pela equipa anestésica e cirúrgica se encontram na sala (torres de vídeo-cirurgia, consola para bisturi elétrico, seringa infusora, garrote elétrico, motores, perneiras, soluções para desinfeção, sogas, aquecedores por convecção, aquecedores de soros...); ▪ Colaborar na transferência do utente cirúrgico para a sala operatória e promover o seu conforto (providenciando lençóis quentes, almofadas, dispositivos de proteção para o posicionamento...); ▪ Colaborar na colocação dos diferentes suportes da marquesa operatória na mesma (perneiras, suportes de cabeças, suportes de braços...); ▪ Atentar ao ato anestésico pois em situações de urgência/emergência poder-lhe-ão ser solicitados dispositivos que 		
--	--	--	--

	<p>não se encontram na sala operatória (sendo importante conhecer a localização dos mesmos);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar que todos os baldes do lixo que serão utilizados durante a cirurgia se encontram vazios. <p>Ao longo da cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder às solicitações da equipa anestésica e cirúrgica; ▪ Proceder à limpeza de qualquer derramamento de sangue ou outros líquidos orgânicos; ▪ Providenciar soros quentes ou soro de 3 litros sempre que o ato cirúrgico assim o exija; ▪ Atentar à capacidade dos sacos de recolha de fluídos do sistema de aspiração e trocá-los sempre que estes atinjam a sua capacidade máxima; ▪ Colaborar com a equipa anestésica e cirúrgica em caso de urgência (assegurar os materiais solicitados, deslocar-se à farmácia do hospital, ao armazém geral ou ao laboratório em caso de ausência do Aux. de Ação Médica responsável pelo Serviço Externo...). <p>No final da cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar que a cama para a qual o utente cirúrgico será transferido está em condições para o receber (com roupa limpa); ▪ Colaborar com os restantes membros da equipa na transferência do utente cirúrgico da marquesa operatória para a cama; ▪ Providenciar um lençol quente sempre que necessário; 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar junto ao Enf. instrumentista o contentor de materiais cortopерfurantes; ▪ Recolher as peças para anatomia patológica devidamente preparadas e identificadas pelo Enf. circulante; ▪ Recolher o material cirúrgico devidamente acondicionado pelo enfermeiro instrumentista em contentor próprio e proceder ao seu encaminhamento (em carro próprio) para o SCE; ▪ Assegurar a limpeza e desinfeção da sala operatória de modo a que esta fique preparada para outra cirurgia (sem esquecer a importância de lavar e desinfetar os dispositivos necessários à indução anestésica – máscaras e lâminas de laringoscópio – bem como a importância trocar os sacos de recolha de fluídos do sistema de aspiração que tenham sido utilizados). <p>Colaboração com o enfermeiro de UCPA:</p> <p>No início do turno da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar a limpeza do carro de urgência; ▪ Providenciar materiais (resguardos, fraldas, lençóis, mantas, urinóis, arrastadeiras, baldes para lavagens vesicais contínuas...); ▪ Assegurar que as unidades se encontram devidamente limpas e preparadas para receber o utente cirúrgico. <p>Ao longo dos turnos (manhã e tarde):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar a limpeza das unidades sempre que se dá a transferência do utente cirúrgico para outro serviço; ▪ Providenciar a recolha de lixos sempre que necessário; 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolher urinóis e arrastadeiras utilizados diretamente para a área de sujos do BO (devidamente acondicionados); ▪ Colaborar com o enfermeiro sempre que solicitado para tal. <p>No final do turno da tarde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceder à limpeza e arrumação da UCPA (secretária, unidades, bancadas de trabalho...); ▪ Colaborar com o Enf. de UCPA na reposição de soros; ▪ Assegurar que a UCPA fica devidamente preparada para receber utentes (poderão existir cirurgias de urgência durante o turno da noite). 		
SCE			
Desempenhar funções como Aux. de Ação Médica e compreender o seu papel no SCE	<p>Conhecimento dos diferentes serviços que entregam e recolhem material no SCE;</p> <p>Conhecimento dos diferentes EPI's e das situações em que estes deverão ser utilizados;</p> <p>Compreensão do funcionamento dos diferentes equipamentos do SCE (máquinas de lavar, equipamentos de esterilização, equipamentos de selagem de embalagens...);</p> <p>Compreensão dos circuitos de pessoal e materiais no serviço;</p> <p>Manipulação de DM respeitando sempre o seu funcionamento e integridade;</p> <p>Realização de registos relativos ao processo de limpeza/lavagem, desinfeção e esterilização de DM;</p> <p>Verificação diária do funcionamento dos equipamentos (teste de Bowie-Dick, teste do esterilizador por plasma de peróxido de hidrogénio...);</p>	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do Aux. de Ação Médica de referência	1 mês

	<p>Compreensão das diferentes mensagens de erro que podem surgir em cada um dos diferentes equipamentos disponíveis no serviço (máquinas de lavar, tina enzimática, esterilizadores...);</p> <p>Notificação e reporte de falhas nos equipamentos ao Enf. Responsável;</p> <p>Compreensão dos diferentes indicadores paramétricos de esterilização (indicadores mecânicos, químicos e biológicos);</p> <p>Validação dos processos de lavagem, desinfecção e esterilização de DM através dos indicadores paramétricos disponíveis;</p> <p>Conhecimento das diferentes áreas que compõem o SCE (sujos, limpos e estéreis) e das funções a desempenhar em cada uma destas áreas:</p> <p>Sujos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Receber materiais provenientes dos diversos serviços que constituem o hospital; ▪ Proceder à correta lavagem das caixas de transporte de DM eliminando toda e qualquer matéria orgânica; ▪ Proceder à descontaminação das caixas de instrumental cirúrgico, bem como à troca dos filtros e dos indicadores de esterilidade externos (identificando corretamente o instrumental e o número da caixa); ▪ Proceder à adequada lavagem e desinfecção dos DM, primeiro manualmente, posteriormente em equipamento próprio para o efeito; ▪ Proceder à correta secagem dos DM que são tratados na tina enzimática; 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer os equipamentos e respeitar o seu funcionamento (máquinas de lavar, tina enzimática, pistola de ar comprimido ...); ▪ Compreender os diversos tipos de tratamento para os diversos tipos de DM de acordo com a sua forma e constituição; ▪ Realizar todos os registos inerentes ao processo de lavagem e desinfeção dos DM; ▪ Proceder ao encaminhamento dos DM descontaminados para a área dos limpos. <p>Limpos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma inspeção metódica e rigorosa dos DM (assegurar que não existe matéria orgânica, verificar o corte dos instrumentos de corte, lubrificar os dispositivos que necessitem ser lubrificados...); ▪ Registar o envio de DM para reparação nas folhas de constituição dos instrumentais cirúrgicos e o número total de instrumentos de cada instrumental; ▪ Separar e organizar os DM, montando as caixas de instrumental cirúrgico e colocando os instrumentos individuais na respetiva bancada para embalagem e selagem dos mesmos (de acordo com o processo de esterilização a que irão ser submetidos); ▪ Colocar indicadores de esterilidade no interior das caixas (compatíveis com o respetivo equipamento de esterilização – autoclave ou plasma de peróxido de hidrogénio); ▪ Embalar os diferentes DM de acordo com o processo de esterilização a que irão ser submetidos, bem como o serviço de 		
--	---	--	--

	<p>destino no caso dos equipamentos que vão à autoclave (BO – manga dupla – exceto taças; outros serviços – manga única);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selar as embalagens sinalizando a data, o serviço e o operador (o equipamento automaticamente assume o período de validade da embalagem); ▪ Proceder à esterilização dos DM de acordo com as suas características e no esterilizador adequado. <p>Estéreis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os diferentes instrumentais cirúrgicos com folhas próprias que contêm elementos como: nome e número da caixa, constituição do instrumental (referência, nome e quantidade de cada instrumento), número total de instrumentos, responsável pela validação e preparação do instrumental, entre outros; ▪ Armazenar os diferentes instrumentais cirúrgicos de acordo com a especialidade cirúrgica a que se destinam; ▪ Armazenar os DM individuais, acondicionando-os sempre de modo a garantir a integridade da embalagem; ▪ Encaminhar os DM para o serviço de destino (no caso específico do BO tratar do seu transporte em carro próprio de acordo com a requisição da equipa de Enfermagem). 		
Serviço Externo			
Desempenhar funções como Aux. de Ação Médica e compreender	Conhecimento da estrutura física do hospital e da localização dos principais serviços de apoio quer ao BO e UCPA, quer ao SCE (armazém geral, farmácia, laboratório...);	Novo elemento com o devido acompanhamento e supervisão por parte do	1 mês

o seu papel no Serviço Externo	<p>Conhecimento dos diferentes EPI's e das situações em que estes deverão ser utilizados (como o transporte de resíduos hospitalares);</p> <p>Conhecimento dos circuitos intra-hospitalares para circulação de materiais e equipamentos (diferenciação entre circuitos de sujos e limpos);</p> <p>Resposta atempada às eventuais solicitações quer do BO e UCPA, quer do SCE.</p>	Aux. de Ação Médica de referência	
--------------------------------	---	-----------------------------------	--

**ANEXO II: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO TIPO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BO E UCPA, SCE OU SERVIÇO
EXTERNO**

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
COMPETÊNCIAS GERAIS	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Demonstra conhecer a instituição, sua visão, missão e valores		1	2	3	4	5
Conhece a estrutura física e funcional do serviço de destino		1	2	3	4	5
Compreende a dinâmica organizacional do serviço de destino e o seu papel no seio da mesma		1	2	3	4	5
Relaciona-se de forma empática com os restantes elementos da equipa multidisciplinar		1	2	3	4	5
Promove o bom ambiente de trabalho, sendo solícito e eficaz, respeitoso e educado para com o outro		1	2	3	4	5
Respeita as regras de funcionamento do serviço de destino		1	2	3	4	5
Demonstra conhecimento das normas e protocolos do serviço de destino		1	2	3	4	5
Compreende os diferentes circuitos de profissionais, utentes e materiais no serviço de destino		1	2	3	4	5
Compreende a articulação do serviço de destino com os demais serviços da instituição		1	2	3	4	5
Manipula os diversos materiais e equipamentos do serviço de destino respeitando a sua integridade		1	2	3	4	5
Utiliza adequadamente os EPI's sempre que aplicável		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Aux. de Ação Médica de referência:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
BO e UCPA	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Compreende a importância do seu papel no seio da equipa multidisciplinar		1	2	3	4	5
Prepara a sala operatória de acordo com a especialidade cirúrgica e o tipo de cirurgia		1	2	3	4	5
Segue as orientações dos enfermeiros para a montagem da sala operatória		1	2	3	4	5
Providencia material de apoio à sala operatória		1	2	3	4	5
Conhece a localização dos equipamentos do BO e dos dispositivos de emergência		1	2	3	4	5
Responde de modo rápido e eficaz às solicitações em caso de urgência/emergência		1	2	3	4	5
Evacua lixos e materiais contaminados (selados e acondicionados) promovendo a segurança		1	2	3	4	5
Promove a limpeza e reorganização da sala operatória no final de cada cirurgia		1	2	3	4	5
Promove a limpeza das unidades da UCPA para que estas estejam prontas a receber utentes		1	2	3	4	5
Procede à limpeza e desinfeção de matérias e DM não contaminados		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Aux. de Ação Médica de referência:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
SCE	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Compreende o modo como deve circular nas diferentes áreas do serviço e usa vestuário adequado		1	2	3	4	5
Conhece os diferentes equipamentos do serviço e manipula-os de forma correta		1	2	3	4	5
Realiza os testes diários aos diferentes equipamentos e reporta falhas ao Enf. Responsável		1	2	3	4	5
Identifica a necessidade de manutenção/reparação dos diferentes DM e reporta ao Enf. Responsável		1	2	3	4	5
Conhece os diferentes indicadores paramétricos do processo de esterilização		1	2	3	4	5
Realiza todos os registos inerentes ao processo de lavagem, desinfeção e esterilização de DM		1	2	3	4	5
Respeita o tipo de processo de esterilização de acordo com os diferentes tipos de DM		1	2	3	4	5
Responde às solicitações de material urgente, de modo rápido e eficaz		1	2	3	4	5
Assegura o encaminhamento dos DM para o serviço de destino		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Aux. de Ação Médica de referência:

O Enf. Responsável de Serviço:

1 – Muito Insatisfatório (MI); 2 – Insatisfatório (I); 3 – Satisfatório (S); 4 – Bom (B); 5 – Muito Bom (MB).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS		AVALIAÇÃO				
SERVIÇO EXTERNO	Data de início: ____/____/____ Data de fim: ____/____/____	MI	I	S	B	MB
Compreende o modo como deve circular nas diferentes áreas do hospital e usa vestuário adequado ao serviço em que se situa		1	2	3	4	5
Conhece os diferentes EPI's e as situações em que o seu uso é indicado		1	2	3	4	5
Conhece os diferentes circuitos intra-hospitalares para circulação de materiais e equipamentos (diferenciação entre circuitos de sujos e limpos)		1	2	3	4	5
Responde atempadamente às eventuais solicitações quer do BO e UCPA, quer do SCE		1	2	3	4	5
Assegura o encaminhamento de fármacos, equipamentos, DM's, ou outros materiais para o BO e UCPA ou SCE, sempre que solicitado para tal		1	2	3	4	5

Observações:

Data da avaliação:

____/____/____

O integrando:

O Aux. de Ação Médica de referência:

O Enf. Responsável de Serviço:

APÊNDICE VII:
GUIA DE ACOLHIMENTO



GUIA DE ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO

BLOCO OPERATÓRIO



GUIA DE ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO

BLOCO OPERATÓRIO

2015

Caro(a) enfermeiro(a),

Seja bem-vindo(a) ao Hospital de [REDACTED].

É com agrado e satisfação que o(a) recebemos na nossa instituição e gostaríamos de lhe dar as boas vindas em nome de todos os colaboradores.

Estamos orgulhosos da nossa instituição e do nosso grupo pelos resultados alcançados, mas sobretudo por todos os profissionais que tornam esses resultados possíveis.

A Direção de Enfermagem acredita que os(as) enfermeiros(as) que aqui exercem a sua atividade incluem na sua prática diária um ideal de qualidade e excelência, e conta consigo para que esta instituição continue a ser uma instituição de referência.

Acolher um(a) novo(a) enfermeiro(a) na nossa equipa de trabalho é, acima de tudo, fornecer-lhe as melhores orientações para que o mais rapidamente possível se sinta parte integrante da equipa.

O presente guia de acolhimento foi então elaborado a pensar em si, para que de um modo simples compreenda e conheça a [REDACTED] e, em particular, o Hospital de [REDACTED], bem como o serviço que irá integrar.

Contamos consigo, desde já, para depois de devidamente informado(a) e integrado(a), cumprir o nosso sentido de visão, missão e valores, e esperamos que esteja motivado(a) e empenhado(a) em se tornar um(a) profissional de referência, através da promoção de práticas de excelência focadas na qualidade do serviço, na segurança do cliente e na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Deste modo damos-lhe as boas vindas e desejamos-lhe os maiores sucessos na sua atividade profissional no Hospital de [REDACTED].

A Direção de Enfermagem

(Jorge Humberto Sousa)

ÍNDICE

1. Nota Introdutória	6
2. Institucional	7
2.1. ■■■ ■■■■	7
2.2. Hospital de ■■■■■■	7
2.3. Órgãos de Gestão do Hospital de ■■■■■■	9
3. Corpo de Enfermagem	10
3.1. Visão, Missão e Valores	11
3.2. Boas Práticas	12
3.3. Direitos e Deveres	13
4. Serviço – Bloco Operatório	20
4.1. Caracterização Física e Funcional do Serviço	20
4.2. Gestão e Coordenação do Bloco Operatório	20
4.3. Horário de Trabalho e Regime de Prevenção	21
4.4. Fardamento	22
4.5. Funções do Enfermeiro Perioperatório	23
5. Manual de Qualidade	32
6. Nota Final	33
7. Referências Bibliográficas	34
8. Anexos	36
Anexo I: Esquema ilustrativo do Hospital de ■■■■■■	
Anexo II: Esquema ilustrativo do Bloco Operatório e do Serviço Central de Esterilização – Piso 1	

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente “Guia de Acolhimento do Enfermeiro” do Hospital de [REDACTED] visa constituir-se como uma ferramenta facilitadora para a integração/adaptação dos novos enfermeiros à instituição e ao serviço em que se inserem.

Este guia fornece informações relativas ao Hospital de [REDACTED] e à [REDACTED], grupo a que pertence. Contempla também alguns aspetos básicos relativos à organização e funcionamento quer do hospital, quer do serviço que irá integrar. Assim, disponibilizamos-lhe uma série de orientações que o irão ajudar a compreender o funcionamento e a dinâmica da instituição.

O objetivo geral deste documento de apoio é transmitir algumas orientações básicas essenciais ao exercício de funções na instituição, promovendo deste modo uma adaptação rápida e o mais eficaz possível por parte do novo enfermeiro. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Caracterizar a instituição e o grupo a que pertence;
- Enunciar a visão, missão e valores do corpo de Enfermagem;
- Descrever física e funcionalmente o serviço que irá integrar;
- Fornecer orientações relativas às funções a desempenhar.

Esperamos que este guia se constitua como uma ferramenta facilitadora para a sua adaptação ao novo posto de trabalho.

2. INSTITUCIONAL

De seguida apresentamos-lhe o grupo [REDACTED] e a sua origem, bem como a nossa instituição: o Hospital de [REDACTED].

2.1. [REDACTED]

A [REDACTED] – Sociedade Aberta foi, entre 2000 e 2014, responsável pela definição e implementação da estratégia de desenvolvimento do grupo [REDACTED] nas áreas de prestação de cuidados de saúde e oferta residencial vocacionada para a população sénior.

Em Fevereiro de 2014 o grupo [REDACTED] tornou-se o primeiro grupo privado do sector da saúde cotado em bolsa. Foram colocadas e transacionadas 49% das ações deste grupo no mercado bolsista. Meses depois (Outubro de 2014), a seguradora portuguesa [REDACTED] anuncia a aquisição de 96% das ações do grupo, passando assim a ser a nova acionista maioritária do mesmo. Nesta ocasião é anunciado o novo nome da empresa: [REDACTED], herdando assim a insígnia do maior cativo da empresa, o Hospital da [REDACTED] em [REDACTED]. A acompanhar este novo nome, surge também um novo logotipo que, de acordo com o presidente da seguradora, citado por Cavaleiro (2014), “*preserva a autonomia, o património e os valores da atual [REDACTED]*”.



Esta nova marca pretende dar continuidade ao maior projeto de saúde privada em Portugal e projetar tecnologia, talento e medicina de excelência. A [REDACTED] é uma luz brilhante, entusiasta, dedicada e inovadora.

2.2. HOSPITAL DE [REDACTED]

Inaugurado a 27 de Dezembro de 2002 e pertencente à [REDACTED], atual [REDACTED], desde Março de 2006, o Hospital de [REDACTED] constitui-se como uma das unidades privadas de saúde mais recentes e com maior diferenciação na zona sul do país.

O Hospital de [REDACTED] situa-se na Estrada [REDACTED], a cerca de 5 minutos do centro da cidade de [REDACTED].

A nossa instituição disponibiliza aos seus clientes uma ampla oferta de especialidades médicas e cirúrgicas (com todas as condições necessárias para internamento), bem como meios complementares de diagnóstico com recurso a tecnologias recentes. Esta ampla oferta, bem como o espaço atrativo do Hospital de [REDACTED], permitem dar uma resposta bastante completa às necessidades de saúde dos seus clientes, com a qualidade e o conforto desejados.

O Hospital de [REDACTED] é constituído por 2 edifícios¹. O edifício principal é constituído por 6 pisos, por seu lado o segundo edifício tem apenas 1 piso.

É pelo piso -1 do edifício principal que se realiza a entrada do pessoal. Existe à entrada um dispositivo próprio para a realização do registo biométrico. Neste piso situam-se os departamentos de recursos humanos, tesouraria e secretaria, bem como os centros de gestão do hospital, administração e direção clínicas, e também o serviço de análises clínicas e o refeitório. Também é neste piso que podemos encontrar o armazém, a farmácia, o serviço de manutenção, a morgue e a lavandaria.

No piso 0 situam-se alguns gabinetes de consulta (Medicina Dentária, Alergologia, Medicina Interna, Neurologia, Nutrição, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Ortopedia, Terapia da Fala, Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Urologia), a receção central do hospital, o Centro de Imagiologia, o serviço de Atendimento Médico Permanente/Sala de Observação e uma pequena papelaria. É também neste piso que se dá o acesso ao segundo edifício do Hospital de [REDACTED]. Este é o edifício da radioterapia, oncologia, litotricia e, mais recentemente, das instalações do [REDACTED] de [REDACTED] ao [REDACTED] ([REDACTED]), gerido por uma Instituição Particular de Solidariedade Social.

No piso 1 temos mais alguns gabinetes de consulta (Ginecologia, Medicina Geral e Familiar, Pediatria e Gastrenterologia, bem como o serviço de técnicas endoscópicas), o *Call Center*, o serviço Central de Esterilização e o Bloco Operatório².

O piso 2 foi recentemente remodelado com o objetivo de acolher uma Unidade de Cuidados Continuados, possuindo por isso as infraestruturas necessárias, como ginásio, refeitório, sala de banho assistido e 22 quartos. Esta unidade não se encontra em funcionamento como previsto, pelo que atualmente funciona neste piso o Departamento de Pneumologia com uma sala de Eletroencefalograma e uma Unidade do Sono. Os quartos são então utilizados para a realização de exames do sono e para

¹ Anexo I: Esquema ilustrativo do Hospital de [REDACTED].

² Anexo II: Esquema ilustrativo do Bloco Operatório e do Serviço Central de Esterilização – Piso 1.

o internamento de clientes de ambulatório, sempre que não é possível interná-los no piso 3. É ainda neste piso que se localiza o gabinete médico da Medicina do Trabalho.

Também o piso 3 se constitui por quartos de internamento, embora neste caso sejam 27 quartos, e por uma Unidade de Cuidados Intermédios, com capacidade para 5 camas. O gabinete da Direção de Enfermagem encontra-se neste piso.

Por fim, o piso 4, tem também diversos gabinetes de consulta (Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Endocrinologia, Neurocirurgia e Reumatologia), o Departamento dos Sistemas de Informação, uma cafetaria, uma capela e um auditório no qual se costumam realizar as formações em serviço.

2.3. ÓRGÃOS DE GESTÃO DO HOSPITAL DE [REDACTED]

Principais órgãos de gestão do Hospital de [REDACTED]:

Administração: [REDACTED] [REDACTED]

Assessoria da Administração: [REDACTED] [REDACTED]

Direção Clínica: [REDACTED] [REDACTED]

Direção de Enfermagem: Jorge Sousa

Recursos Humanos: [REDACTED] [REDACTED]

Centros de Gestão: [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED]

3. CORPO DE ENFERMAGEM

O exercício profissional de Enfermagem tem por objetivo a prestação de cuidados *“ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a sua saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

O enfermeiro e o ser humano que carece dos seus cuidados de Enfermagem, constituem-se como indivíduos com os seus próprios valores, crenças e necessidades.

Os cuidados de Enfermagem constituem-se como *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e num quadro onde procura abster-se de juízos de valor.

“As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro).

Ainda de acordo com a fonte supracitada, na sua prática diária o enfermeiro deve atentar a determinados princípios universais como a igualdade e a liberdade responsável, *“tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional”* (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro).

Para a prestação de cuidados de Enfermagem individualizados a cada cliente e família o enfermeiro deve seguir os passos do Processo de Enfermagem.

“O Processo de Enfermagem é usado para identificar, diagnosticar e tratar as reações humanas à saúde e doença” (Associação dos Enfermeiros Americanos, 1995, cit. por POTTER & PERRY, 2003).

É o Processo de Enfermagem que permite a organização e prestação de cuidados ao cliente. É necessária a integração de elementos de pensamento crítico para

fazer juízos de valor e implementar ações racionais. A apreciação inicial, o diagnóstico de Enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação são as fases que compõem este processo. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico que permite alterar os cuidados à medida que se alteram as necessidades. Deste modo é possível dar resposta às necessidades do cliente de forma atempada e consistente, melhorando ou mantendo o seu nível de saúde.

Devem ser princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: *“a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”* (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro).

A regulamentação da atividade de Enfermagem rege-se por três diplomas estruturantes para a profissão, nomeadamente: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro), o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril) e a Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, que introduziu as primeiras alterações ao estatuto.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros é vinculativo para qualquer entidade empregadora, seja esta do sector público ou privado, cooperativo ou social.

3.1. VISÃO, MISSÃO E VALORES

A visão da ■■■ ■■■■ é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde. O corpo de Enfermagem, a par desta visão institucional, pretende ser reconhecido a nível nacional pela excelência na prestação de cuidados, bem como pelo desenvolvimento e pelo prestígio profissional.

A missão do grupo pauta-se pelo diagnóstico e tratamento rápido e eficaz, no respeito absoluto pela individualidade do cliente, e pela construção de uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais.

O corpo de Enfermagem tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade ao cliente e família, garantindo que estes se baseiam na eficiência e eficácia, bem como a utilização adequada dos meios disponíveis com ênfase na obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

De modo a cumprir o seu sentido de missão, a ■■■ ■■■■ assume o compromisso de excelência, inovação e talento.

Os valores fundamentais que estão na base da cultura da [REDACTED] [REDACTED] passam pela procura incansável de resultados, pelo rigor intelectual, pela aprendizagem constante, pela responsabilidade pessoal, pelo respeito e pela humildade, pela atitude positiva, pela integridade e, como não poderia deixar de ser, pelo espírito de equipa, uma vez que o esforço coletivo é a melhor forma de se alcançarem os objetivos e potenciar o impacto da ação do grupo na comunidade.

3.2. BOAS PRÁTICAS

Os enfermeiros das diferentes unidades que constituem a [REDACTED] [REDACTED] são individualmente responsáveis, face ao cliente e família, pela preservação dos valores, atitudes e comportamentos esperados.

As boas práticas baseiam-se em conceitos nos quais estão reunidas as condições necessárias para a execução das mesmas, na mestria e nos conhecimentos técnicos dos profissionais, nas expectativas do cliente face aos cuidados de Enfermagem, na redução do tempo de espera, na informação e na humanização, e na tomada de decisão face aos processos.

São boas práticas gerais:

- Assegurar uma imagem pessoal cuidada e profissional;
- Usar a identificação pessoal e apresentar-se ao cliente por cortesia e sempre que justificado;
- Saudar/cumprimentar o cliente e família;
- Oferecer ajuda e encaminhar o cliente sempre que necessário;
- Respeitar a privacidade do cliente batendo sempre à porta antes de entrar em gabinetes, quartos ou outras dependências;
- Reduzir interrupções no diálogo com o cliente, estabelecendo contacto visual e demonstrando atenção;
- Demonstrar compreensão e empatia pelos sentimentos quer do cliente, quer dos diferentes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar;
- Respeitar as diferenças culturais, valores e crenças;
- Evitar conversas privadas audíveis ao cliente e família;
- Aceitar e tratar as reclamações, dando atenção ao cliente, procurando soluções e agradecendo a oportunidade para a melhoria do serviço prestado;
- Atender as chamadas telefónicas de forma profissional e o mais rapidamente possível, identificando-se tanto a si, como ao posto de trabalho que ocupa;

- Zelar pela boa imagem da instituição em todas as áreas do hospital.

3.3. DIREITOS E DEVERES

O presente capítulo não dispensa a consulta da 1ª série do Boletim do Trabalho e Emprego.

ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE

Aquando da admissão do enfermeiro é-lhe fornecido pelo Departamento de Recursos Humanos um cartão magnético, no qual consta a sua identificação. Este cartão de identificação é pessoal e intransmissível.

O registo biométrico efetua-se eletronicamente, passando o cartão nos dispositivos destinados a esse efeito (na portaria e no piso -1). Este registo deverá ser realizado à entrada e à saída.

Em caso de perda, roubo ou danificação do cartão, o Departamento de Recursos Humanos deverá ser imediatamente contactado para anulação do cartão anterior e substituição do mesmo.

FALTAS

Sempre que se preveja a ausência justificada, o colaborador deverá comunicar com 5 dias de antecedência. Caso a falta não seja prevista, esta deve ser comunicada assim que possível.

As faltas injustificadas constituem violação do dever de assiduidade e determinam desconto de antiguidade correspondente ao período de ausência. Considera-se infração grave a falta injustificada de meio ou um dia de trabalho, imediatamente antes ou após o gozo de descanso.

Caso as faltas determinem uma perda de remuneração, o enfermeiro pode substituir os dias em falta pelos dias de férias correspondentes, desde que salvaguardado o gozo efetivo de 22 dias úteis de férias ou da correspondente proporção.

FÉRIAS

No primeiro ano de contratação qualquer colaborador, após 6 meses, tem direito a gozar 2 dias úteis de férias por cada mês de trabalho, até um máximo de 22 dias úteis.

São considerados períodos de 22 dias úteis de férias por ano civil, vencendo-se a 01 de Janeiro, exceto em situações previstas pelo Código de Trabalho. O período de férias reporta-se ao trabalho efetuado no ano anterior e não é renunciável.

No caso de sobrevir o termo do ano civil antes de decorrido o prazo anterior ou antes de gozado o direito a férias, o mesmo poderá ser gozado até 30 de Abril do ano subsequente.

No que diz respeito à marcação dos períodos de férias, estas devem ser marcadas de comum acordo entre o enfermeiro e a entidade empregadora. Os períodos de férias mais pretendidos são rateados beneficiando, alternadamente, os profissionais de acordo com os períodos de férias gozados nos 2 anos anteriores.

O período de gozo de férias pode ser interpolado desde que um dos períodos compreenda, no mínimo, 11 dias consecutivos.

O mapa de férias deve ser efetuado até ao final do mês de Fevereiro do ano corrente e é afixado em local visível.

DOSSIER INDIVIDUAL DE COLABORADOR

No momento da admissão do novo enfermeiro são recolhidos dados para a elaboração do seu *dossier* individual. É preenchida uma ficha individual e o enfermeiro deverá entregar o seu currículo resumido e cópias do cartão de cidadão e da cédula profissional devidamente atualizada.

Em caso de necessidade poderá ser necessário fazer prova documental das habilitações apresentadas no currículo.

No início de cada ano o Departamento de Recursos Humanos solicita a atualização dos dados. É da responsabilidade de cada um assegurar, até ao final do mês de Fevereiro, o envio da cópia da cédula profissional devidamente atualizada. Sempre que necessário também o currículo deverá ser atualizado e enviado para este departamento.

AVALIAÇÃO

Anualmente é realizada pelo enfermeiro Responsável do serviço, uma avaliação de desempenho, mediante a orientação do dicionário de competências.

Esta avaliação de desempenho não se constitui como um instrumento de controlo, mas sim como um meio de obter um conhecimento mais eficaz do desempenho do colaborador, de forma objetiva e rigorosa, proporcionando a melhoria contínua do desempenho do mesmo, bem como o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Uma vez realizada a avaliação, procede-se a uma reunião entre o enfermeiro Responsável e o colaborador avaliado. A avaliação realizada é posteriormente avaliada pelo Diretor de Enfermagem.

A avaliação de desempenho aborda parâmetros como a prestação de cuidados, o respeito pelas normas e procedimentos da organização, o planeamento e organização

no exercício diário da profissão, a relação com o cliente, o trabalho em equipa, o desenvolvimento profissional e a adaptação/integração à organização.

INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO CONTÍNUA E FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A formação é um processo que pode ser formal ou informal e que contribui para a construção de saberes, sendo relevante para a atividade e para o desenvolvimento profissional e organizacional.

O trabalho desenvolvido no âmbito da formação será planeado, programado e avaliado anualmente de acordo com as necessidades de formação identificadas pelos profissionais e em concordância com os objetivos da Direção de Enfermagem, dos enfermeiros e da instituição.

Com a formação pretende-se o desenvolvimento das capacidades profissionais dos enfermeiros de modo a que possam contribuir para os resultados da organização, bem como o desenvolvimento nestes de comportamentos e atitudes que lhes permitam maior eficiência, eficácia e satisfação profissional no exercício da profissão, e claro, o desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos.

No âmbito da prestação de cuidados a investigação será estimulada como forma de avaliar a qualidade dos cuidados prestados e introduzir práticas baseadas na evidência.

Os enfermeiros dispõem de 35 horas anuais para formação contínua, as quais devem ser de reconhecido interesse para a organização. Qualquer formação que ultrapasse esta carga horária deverá ser devidamente fundamentada pelo superior hierárquico e analisada pelo Conselho de Administração.

A aprovação da formação em serviço é da responsabilidade do enfermeiro Diretor em colaboração com o enfermeiro Responsável.

Os enfermeiros que detenham formação específica na área da formação (Certificado de Competências Pedagógicas – CCP) ou que revelem características pessoais facilitadoras da aprendizagem, serão encorajados a ter um papel ativo na programação e concretização das ações de formação em serviço.

A iniciativa de frequentar cursos de formação e aperfeiçoamento, de participar em congressos, seminários, jornadas ou estágios compete ao enfermeiro, ao enfermeiro Responsável, ao enfermeiro Diretor e/ou ao Conselho de Administração.

A frequência de qualquer atividade de formação que se realize quer no território nacional, quer no estrangeiro, depende de autorização do Conselho de Administração com o parecer do enfermeiro Diretor, e deve reger-se por algumas condições, nomeadamente: durante a atividade formativa o enfermeiro Responsável deve garantir que o serviço fica assegurado, a frequência de qualquer atividade formativa deve ser

comprovada documentalmente e sempre que esta atividade formativa tenha uma duração superior a 3 dias, deve ser apresentado um relatório sucinto da atividade formativa frequentada no prazo de 30 dias.

A participação da instituição para a frequência de atividades formativas pode ser em forma de dispensa de serviço, apoio financeiro ou, excepcionalmente, licença sem vencimento.

MEDICINA NO TRABALHO

O Hospital de [REDACTED] recorre a uma empresa especializada para a prestação de serviços no âmbito da medicina do trabalho que abrange apenas os colaboradores contratados.

No início da prestação de trabalho ou, caso a urgência da admissão o justifique, nos 15 dias seguintes, é realizado um exame de saúde.

São realizados exames de saúde anuais para os colaboradores com idade superior ou igual a 50 anos, e de 2 em 2 anos para os restantes.

Poderão ser realizados exames de saúde ocasionais, sempre solicitados pelo colaborador, como por exemplo depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de acidente ou doença.

HIGIENE E SEGURANÇA NO TRABALHO

O cumprimento das regras de higiene e segurança são parte fundamental das condições de trabalho de uma organização para se atingir a necessária qualidade de vida, quer pessoal, quer profissionalmente.

As atividades de higiene e segurança no trabalho visam a prevenção de riscos profissionais e a promoção da saúde do colaborador e aplicam-se a nível individual e coletivo.

No âmbito da higiene e segurança são efetuadas anualmente auditorias às condições de trabalho.

Os relatórios destas auditorias com as respetivas conclusões e recomendações são analisados e tratados pela área responsável.

Os resultados dos exames efetuados são confidenciais e entregues unicamente ao colaborador.

Em caso de acidente de trabalho, será preenchido o processo da ocorrência segundo as normas de procedimento da empresa responsável pela higiene e segurança no trabalho e a legislação em vigor.

SEGURO

Todos os colaboradores da instituição com contrato (a termo ou por tempo indeterminado), estão abrangidos por um seguro de acidentes de trabalho. Os colaboradores sem vínculo à instituição são obrigados por lei a possuir um Seguro de Acidentes de Trabalho e Responsabilidade Civil por sua própria conta.

Considera-se acidente de trabalho todo e qualquer acidente no local e no tempo de trabalho, que produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença, de que resulta a morte ou a redução da capacidade de trabalho.

Também se consideram acidentes de trabalho aqueles que ocorram fora do local ou do tempo de trabalho, desde que verificados na execução de serviços determinados pela entidade patronal ou por esta consentida, e no percurso para o trabalho, ou para casa após um turno de trabalho.

Caso seja necessária assistência médica externa de urgência o colaborador deverá dirigir-se à unidade hospitalar da área de ocorrência do acidente.

CONFIDENCIALIDADE E ATIVIDADES INTERDITAS

Todos os enfermeiros do Hospital de [REDACTED], ao assinarem contrato com a instituição, assumem um Compromisso de Confidencialidade em como não divulgarão nem farão qualquer uso, de qualquer tipo e por qualquer meio, de toda e qualquer informação, produtos e documentação técnica a que venham a ter acesso em virtude do vínculo que os liga à instituição, salvo e na medida em que tal seja necessário para o exercício estrito das suas funções na instituição.

Todos os enfermeiros do Hospital de [REDACTED] no decurso da sua relação com a instituição deverão dar prévio conhecimento ao seu superior hierárquico, das atividades desenvolvidas em paralelo que possam ser conflitantes com os interesses do Hospital de [REDACTED].

REGRAS GERAIS DE UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

A preservação e manutenção do espaço de trabalho é da responsabilidade de cada um dos colaboradores que aqui exerce funções. É importante ter cuidado com as infraestruturas e com os materiais colocados ao dispor de todos. O local de trabalho deve ser preservado limpo, bem como os espaços de convívio comuns, como a copa. As luzes devem ser desligadas quando se ausenta do local de trabalho e sempre que não haja necessidade de estarem acesas. O mesmo se aplica aos computadores.

As instalações sanitárias são limpas várias vezes ao dia. Devem ser mantidas limpas pelos seus utilizadores.

A permanência nas instalações fora do horário normal de trabalho não é permitida sem a autorização do superior hierárquico. Também a utilização dos equipamentos do serviço para fins pessoais (como computadores, fotocopiadoras, impressoras, telefones ou fax), é proibida, exceto se dado conhecimento ao superior hierárquico e obtida autorização para a sua utilização.

A duplicação de chaves é proibida.

É permitida a utilização dos telefones alocados à sua área de trabalho, aos quais corresponde uma determinada extensão, no entanto solicita-se um esforço para a redução do número e da duração das chamadas, reduzindo-as ao estritamente necessário.

Para realizar chamadas internas basta marcar os 5 dígitos da extensão que pretende contactar. Para a realização de chamadas externas terá que solicitar a marcação do número ao *Call Center* e identificar o objetivo da chamada. Todas as chamadas ficam registadas.

Nos serviços também existem diversos computadores e a internet é o veículo de comunicação e informação privilegiado pela instituição. A internet deve ser utilizada de forma efetiva, ética e legal, pelo que as comunicações realizadas devem ser profissionais e não interferir com a produtividade do trabalho, os conteúdos das mensagens, que são responsabilidade do remetente, não devem violar quaisquer direitos de autor, devem ser cumpridas todas as políticas institucionais relacionadas com segurança, confidencialidade ou registos e, como não poderia deixar de ser, não deve ser transmitida qualquer informação não pública.

O acesso aos computadores é feito com o nome de utilizador atribuído aos colaboradores pelo Departamento de Sistemas Informáticos da instituição. O início de sessão em qualquer computador requer sempre a introdução de uma palavra-passe.

REFEIÇÕES

A instituição assegura, aos colaboradores que se encontrem no seu período normal de trabalho, a refeição sem custos para os mesmos.

Todas as semanas é afixada em local visível a ementa, e as refeições devem ser marcadas previamente (no início do turno – até às 10:30 horas no turno da Manhã e até às 17:00 horas no turno da Tarde). As refeições podem ser marcadas por telefone, pessoalmente ou através de folha própria para o efeito que deverá ser assinada pelo colaborador.

O período de funcionamento do refeitório (piso -1), é das 08:00 às 21:00 horas de Segunda-feira a Sábado, sendo que ao Domingo apenas abre nas horas das

principais refeições: das 09:00 às 10:30 horas, das 12:00 às 14:00 horas e das 19:00 às 21:00 horas.

Os almoços e os jantares são servidos entre as 12:00 e as 14:00 horas, e as 19:00 e as 20:00 horas, respetivamente. No restante horário é prestado serviço de cafetaria.

Nos turnos da Noite todos os colaboradores de serviço usufruem de uma ceia com composição pré-definida, sendo que o pedido da mesma se processa de forma idêntica ao pedido de almoço ou jantar.

SEGURANÇA E VIGILÂNCIA

O Hospital de [REDACTED] dispõe de um sistema de videovigilância interno centralizado à portaria. Este sistema grava imagens 24 horas por dia, respeitando a privacidade e os termos legais de privacidade individual de trabalho.

Todos os colaboradores, visitas ou mesmo profissionais externos à instituição, sendo que estes últimos carecem do conhecimento e autorização da administração para entrar na instituição, passam igualmente pelo controlo de entradas e saídas na portaria.

4. SERVIÇO – BLOCO OPERATÓRIO

A realização de um ato cirúrgico envolve a disponibilidade de recursos humanos, materiais e tecnológicos. Pela sua complexidade, o Bloco Operatório merece um olhar diferenciado no que diz respeito ao cuidado ao cliente. Trata-se de um serviço de grande complexidade onde decorrem atividades altamente especializadas.

4.1. CARACTERIZAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DO SERVIÇO

No Bloco Operatório do Hospital de [REDACTED] as especialidades cirúrgicas existentes incluem: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva Estética, Cirurgia Maxilofacial, Neurocirurgia, Ginecologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oftalmologia e, mais recentemente, Cirurgia Cardiotorácica.

O Bloco Operatório situa-se no piso 1 do hospital. Neste piso situa-se também o Serviço Central de Esterilização.

Trata-se de um Bloco Operatório constituído por quatro salas operatórias que funcionam com cirurgia programada, cirurgia de ambulatorio e cirurgia de urgência (de acordo com os recursos disponíveis no hospital). O serviço possui também uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com capacidade para 5 camas.

4.2. GESTÃO E COORDENAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

A responsabilidade administrativa do Bloco Operatório é da competência do respetivo Centro de Gestão e da Administração.

A responsabilidade clínica é da competência da coordenação médica do serviço que reporta e se articula com a direção clínica.

A responsabilidade de Enfermagem é repartida pelos enfermeiros Responsáveis, assessores da Direção de Enfermagem.

Pela sua competência, cabe aos enfermeiros Responsáveis a coordenação do Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, e do Serviço Central de

Esterilização, tendo estes como função a gestão dos recursos humanos, dos recursos materiais e a gestão de qualidade dos serviços.

Direção Clínica: [REDACTED] [REDACTED]

Coordenação: [REDACTED] [REDACTED]

Direção de Enfermagem: Jorge Sousa

Enfermeiros Responsáveis: [REDACTED] [REDACTED] e Rui Pardal

Secretariado: [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED]

Centro de Gestão: [REDACTED] [REDACTED]

4.3. HORÁRIO DE TRABALHO E REGIME DE PREVENÇÃO

O Bloco Operatório funciona todos os dias úteis entre as 08:00 e as 22:00 horas (podendo prolongar o horário se os planos cirúrgicos assim o exigirem). As cirurgias eletivas só se realizam neste horário. No entanto poderão surgir algumas cirurgias de urgência. Se estas surgirem durante o período normal de funcionamento do Bloco Operatório, serão asseguradas pelos enfermeiros que se encontram de serviço. Caso estas surjam fora deste período (períodos noturnos das 20:00 às 08:00 horas, fins-de-semana e feriados das 08:00 às 08:00 horas do dia seguinte), serão asseguradas pela equipa de prevenção, constituída por 3 enfermeiros, que será contactada telefonicamente.

A definição do horário de trabalho baseia-se nas exigências de proteção da segurança e saúde dos enfermeiros e encontra-se regulamentada no Boletim do Trabalho e Emprego.

O horário do corpo de Enfermagem prevê turnos de 06, 08 ou 12 horas. O turno da Manhã, com a duração de 06 horas, tem início às 08:00 e termina às 14:00 horas. O turno da Tarde tem então início às 14:00 e termina às 22:00 horas, sendo um turno de 08 horas. Existe também o turno Manhã-Tarde, de 12 horas, que tem início às 08:00 e término às 20:00 horas.

O horário anual de trabalho dos enfermeiros, efetuado no início do ano pelos enfermeiros Responsáveis, é afixado em lugar visível e de fácil consulta.

As horas extraordinárias são registadas em comunicado e contabilizadas em bolsa de horas. O balanço de horas de cada elemento do serviço é facultado pelo Departamento de Recursos Humanos aos enfermeiros responsáveis e afixado por estes no horário de trabalho.

4.4. FARDAMENTO

Aos enfermeiros do Hospital de [REDACTED] são fornecidas duas fardas com o logotipo da instituição para o exercício diário das suas funções. Estas fardas são propriedade da instituição. Em caso de necessidade de substituição é fornecida uma farda anualmente.

O processo de limpeza das fardas é assegurado pelo serviço de lavanderia do hospital, que funciona todos os dias úteis entre as 08:00 e as 18:00 horas.

A farda de Enfermagem é constituída por umas calças e uma camisa brancas. Esta deve ser preservada pelo enfermeiro, e deve apresentar-se sempre limpa e em boas condições durante o período de trabalho e fora do serviço. A instituição disponibiliza também aos seus enfermeiros um cacifo que poderá ser partilhado. É da responsabilidade dos seus usuários a correta utilização e preservação do mesmo.

No caso específico do Bloco Operatório existe uma farda de circulação que deve ser utilizada no interior do serviço. Esta farda é constituída por umas calças e uma camisa verdes, possuindo também o logotipo da instituição. As fardas de circulação estão dispostas nos balneários masculino e feminino, acondicionadas em sacos e dispostas em prateleiras próprias por ordem de tamanhos. Sempre que por algum motivo o enfermeiro tenha necessidade de sair do serviço, ao regressar deve vestir uma farda de circulação lavada. Quando a farda se encontrar visivelmente suja ou molhada também deverá ser trocada.

À entrada do Bloco Operatório existe uma linha vermelha que assinala a transição da área semi-restrita para a área restrita. Nesta zona encontram-se à disposição dos colaboradores barretes ou toucas cirúrgicas (uma vez que no serviço o cabelo deve ser coberto na sua totalidade), máscaras (que devem ser utilizadas na presença de feridas cirúrgicas abertas, material esterilizado aberto ou pessoal desinfetado) e calçado adequado para o serviço.

Existe nesta zona um contentor para o calçado. Após a sua utilização o calçado deve ser depositado neste contentor, sendo posteriormente recolhido e submetido a lavagem e desinfeção mecânicas no Serviço Central de Esterilização. O calçado é devolvido ao serviço no dia seguinte. Para as fardas de circulação existem sacos transparentes próprios para o efeito nos balneários. A recolha destes sacos é da responsabilidade do pessoal da lavanderia, que assegura também a entrega de fardas lavadas diariamente.

4.5. FUNÇÕES DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP (2009), defende que os cuidados de Enfermagem Perioperatória, devem ser prestados por enfermeiros com competências que lhes permitam atuar e desempenhar qualquer uma das funções perioperatórias: de anestesia, de circulação, de instrumentação e de prestação de cuidados pós-operatórios.

De acordo com Cadete (2000), citado por Cabral (2004), o enfermeiro perioperatório tem a seu cargo a prestação de cuidados de Enfermagem ao cliente cirúrgico. O termo “perioperatório” é utilizado como uma expressão genérica que diz respeito às fases que integram a experiência cirúrgica do cliente: o período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

“É do mais elementar senso comum a constatação de que a pessoa, inconsciente, anestesiada, fica totalmente entregue, à mercê da ação dos profissionais” (NUNES, 2007). Esta situação de vulnerabilidade reforça o dever quer de proteção, quer de cuidado, para com o cliente, pois este não poderá tomar conta de si mesmo, assegurar os seus direitos, ou proteger-se.

Atendendo à especificidade das necessidades do cliente, o enfermeiro perioperatório, deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para prestar cuidados. Considerando o elevado risco de ocorrência de eventos adversos, a vulnerabilidade do cliente cirúrgico, a complexidade do ambiente e os procedimentos realizados em contexto perioperatório, o enfermeiro deve garantir a segurança do cliente, dos profissionais e do ambiente. Considerando também o elevado risco de complicações associado aos cuidados perioperatórios (em particular a infeção do local cirúrgico), decorrente da vulnerabilidade do cliente e da complexidade do ambiente e dos procedimentos, o enfermeiro deve agir de acordo com um sistema de valores éticos e profissionais que motivam uma prática clínica de excelência, independentemente do controlo externo efetuado (consciência cirúrgica).

No que diz respeito à função do enfermeiro perioperatório, é inevitável não mencionar o dever (contemplado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), por parte do enfermeiro, de informar o cliente e a família no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender responsável e cuidadosamente, qualquer pedido de informação por parte do cliente e, claro, informá-lo sempre sobre os recursos a que pode ter acesso e a maneira como os pode obter.

De um modo geral o enfermeiro perioperatório deve:

- Promover o espírito de equipa e colaborar com a equipa multidisciplinar;
- Verificar o plano operatório e organizar-se para o mesmo;

- Supervisionar a higienização da sala operatória e respetivos equipamentos entre as cirurgias e no final de cada turno;
- Repor e organizar a sala operatória nas diferentes fases do processo cirúrgico;
- Colaborar nos posicionamentos cirúrgicos;
- Conhecer e manipular os diferentes dispositivos médicos disponíveis no serviço;
- Conhecer os diferentes tipos de anestesia, bem como as diferentes especialidades cirúrgicas, para a realização de ensinamentos ao cliente e esclarecimento de eventuais dúvidas por parte do mesmo;
- Prestar cuidados de qualidade e com segurança ao cliente cirúrgico.

No que diz respeito às diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória é importante destacar as principais funções do enfermeiro em cada uma destas vertentes.

ENFERMEIRO DE APOIO À ANESTESIA

O enfermeiro de apoio à anestesia é o responsável pela verificação dos equipamentos necessários à anestesia e pela preparação da mesma.

No início do turno este enfermeiro deve verificar a operacionalidade do ventilador da sala operatória (reportando eventuais problemas ao enfermeiro Responsável), bem como as condições necessárias à anestesia (reposição do carro de anestesia, aspiração montada e presença dos dispositivos necessários à ventilação assistida – máscaras, tubos endotraqueais, tubos de Guedell, condutor, pinça de Maguill e laringoscópio funcionante, entre outros) e a presença de dispositivos de emergência como o ambú ou a frova. Independentemente do tipo de anestesia, o enfermeiro deve sempre assegurar que existe material de entubação e que este está organizado e disposto num local de fácil acesso. Além dos carros de anestesia que existem em cada uma das salas operatórias, o serviço dispõe também de carros de anestesia loco-regional e de um carro de anestesia pediátrica. É de extrema importância que antes de usar qualquer um destes carros o enfermeiro verifique a sua reposição, e que após a sua utilização reponha os níveis dos materiais.

Existe um impresso próprio que deverá ser preenchido no início do turno, em que as condições necessárias à anestesia estão reunidas. Este impresso, além de um impresso de registo, constitui-se como uma lista das condições a verificar para que nada seja esquecido.

Uma vez reunidas todas as condições para a indução anestésica e preparado o devido material, é o enfermeiro de apoio à anestesia que deve proceder à chamada do cliente para o Bloco Operatório. Para tal, basta utilizar um dos telefones do serviço e

entrar em contacto com os colegas do internamento, identificando o cliente (pelo seu primeiro e último nome e número de processo), a cirurgia a que vai ser submetido e o cirurgião.

É também o enfermeiro de apoio à anestesia o responsável pelo acolhimento do cliente no serviço, podendo ser substituído pelo enfermeiro circulante, caso não lhe seja possível abandonar a sala operatória no momento da chegada do cliente ao serviço.

No acolhimento do cliente cirúrgico o enfermeiro deve sempre saudá-lo e apresentar-se pelo seu nome. Em seguida deverá receber toda a informação relevante como os antecedentes pessoais e eventuais alergias alimentares ou medicamentosas. Uma vez recolhida toda a informação deve-se então confirmar novamente a identidade do cliente, o procedimento cirúrgico a que irá ser submetido, a marcação do local cirúrgico, a lateralidade do mesmo (quando aplicável), a presença de próteses ou adornos (com especial atenção para os metais) e os dados constantes da pulseira de identificação do mesmo.

Nesta fase é importante o diálogo com o cliente, na medida em que muitas vezes o procedimento cirúrgico, independentemente do seu grau de complexidade, se assume para o mesmo como algo assustador. O enfermeiro deve então esclarecer todas as dúvidas do cliente e mostrar-se disponível para o diálogo.

Deve-se então levar o cliente para a sala operatória e proceder à sua transferência para a marquesa operatória. O enfermeiro de apoio à anestesia ou o anestesista monitorizam então o cliente, preparando-o para a indução anestésica e explicando todos os procedimentos a que está a ser submetido (desde a monitorização à administração de fármacos).

Dá-se então início à indução anestésica. O enfermeiro irá colaborar com o anestesista administrando os fármacos e fornecendo-lhe o material para a anestesia.

Alguns procedimentos cirúrgicos mais complexos poderão exigir monitorização invasiva ou dispositivos de analgesia epidural, entre outros. No caso dos procedimentos médicos, como a cateterização venosa central, a colocação de linha arterial ou a colocação de cateter epidural, o enfermeiro de apoio à anestesia deve assegurar que está presente todo o material necessário à execução da técnica e colaborar com o anestesista na sua execução, dando-lhe todo o apoio necessário. No caso de procedimentos como a algaliação ou a cateterização venosa periférica, o enfermeiro deve ter disponível todo o material necessário e executá-los assim que possível.

Durante o ato cirúrgico o enfermeiro deve promover a manutenção da temperatura corporal do cliente (existem no serviço aquecedores por convecção para o efeito, bem como aquecedores de soros), vigiar as perdas hemáticas em conjunto com o anestesista, e observar e vigiar intensivamente o estado geral do cliente (parâmetros

vitais, coloração da pele e das mucosas, débito urinário, permeabilidade dos acessos venosos...).

O enfermeiro deve também preencher adequadamente a folha de Registo Operatório de Enfermagem, com os tempos cirúrgicos, o tipo de anestesia, os parâmetros vitais, a utilização ou não de garrote ou a localização do eletrodo neutro (quando aplicável), os fármacos administrados, o material de implante (sempre identificado com o tipo de material, a marca, a referência, o lote e a quantidade), as perdas hemáticas, o tipo de desinfecção realizada, entre outros. Os registos de Enfermagem intra-operatórios contribuem para a continuidade dos cuidados.

Na devida altura o enfermeiro colaborará com o anestesista na fase de reversão anestésica. Procede-se então à transferência do cliente para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. O enfermeiro de apoio à anestesia deve monitorizar o cliente e não o deve abandonar enquanto não tiver sido transmitida toda a informação relevante ao enfermeiro alocado a esta unidade.

Uma vez realizada a transferência, o enfermeiro de apoio à anestesia deve proceder então à limpeza, organização e verificação dos materiais e equipamentos utilizados, bem como à reposição do carro de anestesia de acordo com os níveis preconizados pela norma instituída no serviço.

ENFERMEIRO CIRCULANTE

À semelhança do enfermeiro de apoio à anestesia, também o enfermeiro circulante deve verificar as condições da sala operatória. No entanto, o enfermeiro circulante irá atentar a outros aspetos como a montagem e distribuição dos equipamentos, a operacionalidade dos equipamentos necessários à cirurgia (como o bisturi elétrico ou o garrote elétrico), as condições ambientais e os focos de luz operatória, entre outros.

No início do turno o enfermeiro circulante deve, em conjunto com o enfermeiro instrumentista, tomar conhecimento do plano operatório e reunir o material necessário aos diferentes procedimentos cirúrgicos, de acordo com as preferências do cirurgião.

Em cada uma das salas operatórias existe um carro de circulação para a colocação do material. Nestes carros devem-se colocar as batas, luvas e campos esterilizados, as compressas, os protetores dos focos de luz operatória e o material de desinfecção, bem como os materiais específicos para a cirurgia e as caixas de instrumentos. No armazém do serviço encontram-se muitos instrumentos cirúrgicos em mangas esterilizadas. A sua manipulação deve ser reduzida ao mínimo possível, pelo que é importante que apenas se coloquem nos carros os instrumentos realmente essenciais aos procedimentos cirúrgicos.

As caixas de instrumentos provêm do Serviço Central de Esterilização e devem ser pedidas no início de cada turno e de acordo com os procedimentos cirúrgicos a realizar. Para tal deve ser preenchido o ficheiro próprio informaticamente, selecionando os instrumentais pretendidos, a sua quantidade, e assinalando sempre que o seu reprocessamento seja urgente (tendo em conta que o tempo médio de reprocessamento dos instrumentos cirúrgicos é de 180 minutos). Uma vez preenchido o ficheiro, este deverá ser gravado na mesma pasta do ficheiro original, com a identificação do dia, do turno e da especialidade cirúrgica a que corresponde o pedido.

O material será então transportado para o serviço sendo colocado na zona dos limpos.

O enfermeiro circulante deve, sempre que aplicável, colocar o elétrodo neutro do equipamento de eletrocirurgia (preferencialmente numa região com músculo o mais próxima possível do local da incisão – para minimizar a passagem da corrente elétrica pelo corpo, do lado direito para minimizar a passagem da corrente elétrica pelo coração e o mais afastado possível dos elétrodos de eletrocardiograma para não interferir com a correta monitorização) ou insuflar o garrote elétrico com a pressão recomendada pelo anestesista e/ou pelo cirurgião.

No início da cirurgia o enfermeiro circulante irá colaborar com o enfermeiro instrumentista na montagem da mesa cirúrgica, fornecendo-lhe os dispositivos médicos necessários ao procedimento, verificando a sua esterilidade e validade, e evitando a sua contaminação. O enfermeiro circulante irá também auxiliar a equipa estéril na paramentação e irá expor o local cirúrgico para que se dê início à desinfeção por parte de um dos elementos desta equipa.

O enfermeiro circulante deve colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem dos itens quantificáveis (instrumentos cirúrgicos, compressas, tampões e objetos cortantes como lâminas ou agulhas). Sempre que possível a contagem destes itens deve ser feita em conjunto. Esta contagem inicial deve ser registada em folha própria. Ao longo da cirurgia poderão ser necessários mais itens quantificáveis, pelo que as quantidades fornecidas deverão também ser registadas.

Ainda no início da cirurgia, o enfermeiro circulante deve também ligar e direcionar os focos de luz operatória, realizar a conexão dos diferentes materiais estéreis aos equipamentos não estéreis, fornecer os dispositivos médicos necessários ao ato cirúrgico no decorrer do mesmo, acondicionar e registar as peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos para anatomia patológica, citologia e microbiologia, manter a limpeza e organização da sala operatória, realizar a triagem de resíduos, contribuir para a adequação dos gastos às necessidades do procedimento cirúrgico e responder às solicitações da equipa estéril.

No final da cirurgia e em conjunto com o enfermeiro instrumentista, o circulante deverá proceder à contagem dos itens quantificáveis e ao registo dessa mesma contagem na folha de Registo Operatório de Enfermagem. O número de itens quantificáveis da contagem inicial, ou de outros eventualmente fornecidos ao longo da cirurgia, deve ser igual ao número de itens quantificáveis no final da cirurgia. Sempre que se verificar uma falha na contagem o cirurgião deve ser avisado de imediato, e deve-se proceder a nova contagem de modo a verificar que não houve nenhum erro.

No que diz respeito aos registos, é da responsabilidade do enfermeiro circulante o preenchimento da folha de débitos, com a identificação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, dos tempos cirúrgicos, do tipo de anestesia, dos equipamentos utilizados e dos materiais e fármacos utilizados. Os materiais descartáveis utilizados no procedimento cirúrgico devem também ficar registados em folha de armazém. Também o registo e identificação das peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos para anatomia patológica, citologia e microbiologia, é da responsabilidade do enfermeiro circulante. Este, em conjunto com o enfermeiro instrumentista, deve sempre confirmar com o cirurgião o nome das peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos e o fim a que se destinam (de modo a assegurar o correto tratamento da peça/produto).

Também as folhas que acompanham as caixas dos instrumentos cirúrgicos devem ser preenchidas com a identificação dos enfermeiros circulante e instrumentista, do cirurgião e do cliente, e devem-se fazer acompanhar dos indicadores paramétricos de esterilização, provenientes das caixas de instrumental, de modo a comprovar a esterilidade das mesmas.

No final do procedimento cirúrgico o enfermeiro circulante deve colaborar com o enfermeiro instrumentista na realização do penso operatório.

ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA

Como anteriormente referido, o enfermeiro instrumentista deve, em conjunto com o enfermeiro circulante, tomar conhecimento do plano operatório e reunir o material necessário aos diferentes procedimentos cirúrgicos, de acordo com as preferências do cirurgião. Em conjunto estes dois enfermeiros devem separar o material no carro de circulação e proceder ao pedido das caixas de instrumentos ao Serviço Central de Esterilização.

Para a realização do ato cirúrgico o enfermeiro instrumentista deve proceder à preparação pré-cirúrgica das mãos.

Uma vez preparado, o enfermeiro instrumentista deve vestir bata e luvas esterilizadas e proceder então à montagem da mesa cirúrgica. Em conjunto com o enfermeiro circulante deve verificar a validade dos indicadores de esterilidade dos

instrumentos, e retirar os instrumentos facultados pelo enfermeiro circulante com o devido cuidado para não se contaminar.

Após a montagem da mesa cirúrgica e da contagem dos itens quantificáveis (realizada em voz alta e em conjunto com o enfermeiro circulante), o instrumentista deve colaborar no ato de vestir as batas esterilizadas e colocar as luvas aos restantes elementos da equipa estéril (paramentação da equipa cirúrgica).

Deve então proceder à desinfeção da área cirúrgica, e, em conjunto com outro elemento da equipa estéril proceder à colocação dos campos operatórios. Após a colocação dos campos pode-se então aproximar a mesa cirúrgica da marquesa operatória e proceder, em conjunto com o enfermeiro circulante, à conexão dos equipamentos estéreis aos equipamentos não estéreis. O enfermeiro instrumentista deve evitar colocar instrumentos em cima do campo operatório pois estes poderão perfurar o campo ou mesmo lesionar o cliente.

Durante o ato cirúrgico o enfermeiro instrumentista deve verificar que nenhum elemento da equipa estéril exerce pressões desnecessárias sobre o cliente, e é responsável pela passagem correta e em tempo útil dos instrumentos cirúrgicos aos restantes elementos da equipa cirúrgica, pela organização da mesa operatória e manutenção da mesma, pelo tratamento dos instrumentos cirúrgicos (tendo em conta que a sua limpeza deve ser feita preferencialmente com água destilada, e que os instrumentos com lúmens devem ser lavados o mais rapidamente possível a fim de evitar a acumulação de matéria orgânica e a sua consequente obstrução), pela manutenção da técnica asséptica, pela separação dos instrumentos sujos e/ou contaminados, dos restantes instrumentos, pela contabilização de líquidos irrigados para a cavidade cirúrgica de modo a facilitar a contabilização das perdas hemáticas, e pela recolha das peças anatómicas e/ou outros produtos orgânicos para anatomia patológica, citologia e microbiologia.

Antes de se iniciar o encerramento da ferida operatória o enfermeiro instrumentista deve proceder, em conjunto com o enfermeiro circulante, à contagem dos itens quantificáveis. Caso se verifique alguma falha, em relação à contagem inicial, o cirurgião deve ser avisado de imediato e deve ser repetida a contagem para verificar se se mantém o erro.

Uma vez verificada a inexistência de qualquer item quantificável na cavidade cirúrgica, pode-se então proceder ao encerramento definitivo da ferida operatória e à realização do penso cirúrgico.

No final do ato cirúrgico é o enfermeiro instrumentista que deve retirar os campos operatórios (visto que o vestuário lhe confere maior proteção) e deverá colocar todos os itens perfurantes no contentor adequado para o efeito. Em seguida deve proceder à

remoção da matéria orgânica dos instrumentos cirúrgicos com água destilada, à sua contagem e ao seu acondicionamento em contentor próprio para o efeito de modo a assegurar um transporte seguro até ao Serviço Central de Esterilização.

Quaisquer falhas e/ou avarias nos equipamentos, detetadas no decorrer do ato cirúrgico, deverão ser reportadas ao enfermeiro Responsável.

ENFERMEIRO DE UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

O enfermeiro alocado à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é o responsável pela preparação da unidade para o acolhimento do cliente submetido ao ato anestésico-cirúrgico e pela prestação de cuidados de Enfermagem ao mesmo.

No início do seu turno, este enfermeiro deve verificar a reposição de fármacos e materiais da unidade, e deve realizar a verificação do ventilador, do desfibrilhador e do carro de urgência que aqui se encontram, bem como preencher os devidos impressos relativos a estas verificações.

Os copos de Oxigénio devem ter um nível adequado de água destilada e devem ser trocados todas as Segundas-feiras. Também os copos dos aspiradores devem ser limpos no mesmo dia, e trocado o filtro. Na primeira Segunda-feira de cada mês deve ser verificada a mala de transporte presente nesta unidade.

Cada vaga desta unidade dispõe de aspiração, rampa de Oxigénio, monitor e um cesto com luvas, compressas, seringas, elétrodos, adesivo, sondas de aspiração, tubos Guedell, máscaras e óculos nasais para administração de Oxigénio, resguardos e fraldas.

Todas as vagas desta unidade devem estar devidamente preparadas para o acolhimento do cliente cirúrgico.

Na chegada do cliente à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, o enfermeiro deve, em conjunto com o enfermeiro de apoio à anestesia, monitorizá-lo e avaliar o seu estado geral, para uma prestação de cuidados em conformidade com esse estado.

O enfermeiro de apoio à anestesia procede então à passagem da informação relativa à história de saúde do cliente, ao ato anestésico-cirúrgico a que foi submetido e eventuais intercorrências, à eventual presença de drenos ou drenagens e aos fármacos que foram administrados.

O enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos deve proceder à avaliação e registo dos parâmetros vitais do cliente a cada 15 minutos durante a primeira hora, de 30 em 30 minutos nas duas horas seguintes, e de hora a hora se o seu tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos for superior a três horas. Estes períodos de avaliação e registo de sinais vitais poderão ser alterados se o estado clínico do cliente assim o exigir.

O enfermeiro é responsável pela detecção e registo de eventuais alterações no estado de consciência do utente, pela aplicação de medidas de conforto para o utente (aquecimento corporal, analgesia, posicionamento...), pela observação do penso cirúrgico e realização do mesmo em caso de necessidade, pelo despiste de sinais de compromisso neuro-circulatório, pela vigilância do débito urinário e avaliação da eventual presença de globo vesical, pela vigilância das perdas hemáticas, pelo despiste precoce de situações que comprometam o estado do utente e pela preparação da transferência do cliente para o serviço de destino.

Durante a permanência do cliente nesta unidade o enfermeiro deve interagir com este tratando-o pelo nome, promover um ambiente calmo, esclarecer quaisquer dúvidas que o cliente possa colocar (sem ser expansivo na informação e sempre em consonância com a informação médica) e, acima de tudo, assegurar o seu conforto.

5. MANUAL DE QUALIDADE

O “Manual de Qualidade” é um documento institucional que reúne os regulamentos, os descritivos de funções dos diferentes serviços, as normas de procedimento gerais da instituição, bem como as específicas de cada serviço, e os protocolos e orientações técnicas da Comissão de Controlo de Infecção.

Este manual encontra-se disponível para consulta, em formato de papel, no Gabinete de Enfermagem. A sua consulta poderá também ser realizada através de qualquer computador da instituição.

É importante referir que o Departamento de Sistemas Informáticos do hospital fornece a todos os seus colaboradores um nome de utilizador e uma palavra-passe, bem como um endereço de correio eletrónico de serviço. É com o nome de utilizador e palavra-passe fornecidos por este departamento, que os colaboradores poderão aceder aos computadores dos serviços e iniciar sessão nos mesmos.

Através da intranet é possível consultar o “Manual de Qualidade” com as normas de procedimento, regulamentos, protocolos e orientações técnicas em vigor quer na instituição, quer nos diferentes serviços.

Para consultar este documento basta iniciar sessão em qualquer computador da instituição, aceder a “*Meu Computador*”, “*Geral*”, “*Serviços Partilhados*”, “*Normas de Procedimento*”.

Nesta pasta encontra-se o “Índice do Manual de Qualidade”, que permite a consulta dos diferentes documentos abordados.

É importante que todos os colaboradores tomem conhecimento destes documentos relevantes para a prática diária, pelo que a sua consulta é indispensável.

Importa também referir que do mesmo modo que se pode consultar o “Manual de Qualidade” através da intranet, também é possível aceder à Biblioteca virtual. Para tal basta aceder a “*Meu Computador*”, “*Geral*”, “*Biblioteca*”. Nesta pasta encontram-se algumas apresentações de formações em serviço realizadas na instituição, diversos artigos de relevância para a prática diária e alguns pareceres emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, bem como guias orientadores de boas práticas emitidos pela mesma entidade.

6. NOTA FINAL

Esperamos, sinceramente, que o presente “Guia de Acolhimento do Enfermeiro” do Hospital de [REDACTED] se constitua para si como uma ferramenta facilitadora da integração/adaptação à instituição e ao serviço em que se insere.

A leitura deste “Guia de Acolhimento do Enfermeiro” não dispensa a consulta do “Manual de Qualidade” e dos diferentes documentos que o constituem.

Ao longo do seu processo de integração/adaptação à instituição e ao serviço, procuraremos dar-lhe um apoio adequado e esclarecer todas as suas dúvidas. Não hesite em consultar o enfermeiro Responsável de serviço e/ou os seus colegas sempre que necessite.

Mais uma vez, e em nome de todos os colaboradores, seja bem-vindo à equipa. Desejamos-lhe os maiores sucessos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES. (Dezembro 2009). *Prática Recomendada: Dotações Seguras em Ambiente Perioperatório*. Lisboa: AESOP;
- CABRAL, D.. (2004). **Competências da Enfermeira Perioperatória**. In *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória – Contributos para a sua implementação*. Porto: Universidade do Porto. Pp. 174-184;
- CAVALEIRO, D. (2014). [REDACTED] *acaba com marca [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e substitui por [REDACTED] [REDACTED]*. Negócios online. URL: www.jornaldenegocios.pt;
- GOMES, D. (n.d.). *Como Elaborar um Manual de Acolhimento*. Gestão de Recursos Humanos Online. URL: www.recursos-humanos.pt/;
- HOSPITAL DE [REDACTED]. (n.d.). Institucional. Acedido a 30 de Novembro 2014 através de URL: [www.hospitalde\[REDACTED\].pt](http://www.hospitalde[REDACTED].pt);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05 de Dezembro 2014 através de URL: www.ordemenfermeiros.pt;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Acedido a 01 de Dezembro 2014 através de URL: www.ordemenfermeiros.pt;
- POTTER, P. & PERRY, A.. (2003). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. 5ª Ed. Loures: Lusociência;
- NEVES, L. (2012). *Acolhimento e Integração dos funcionários no Hospital de Faro, E.P.E. – Elaboração do Manual de Acolhimento*. Relatório de

Estágio – Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Algarve. URL: www.sapientia.ualg.pt;

- NUNES, L. (2007). *Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul. Dos conceitos a um relanceio ao contexto de enfermagem perioperatória*. Revista AESOP. Vol. VIII, n.º 23, Pp. 5-18.
- VÁRIOS (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP). (2006). **Funções do Enfermeiro Perioperatório**. In *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta. Pp. 105-170;
- VÁRIOS (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. 1ª Reimpressão. Loures: Lusodidacta.

8. ANEXOS

Anexo I: Esquema ilustrativo do Hospital de [REDACTED]

Anexo II: Esquema ilustrativo do Bloco Operatório e do Serviço Central de Esterilização – Piso 1

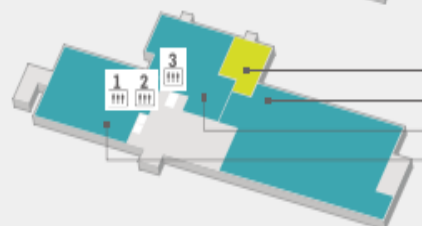
ANEXO I

Directório Geral



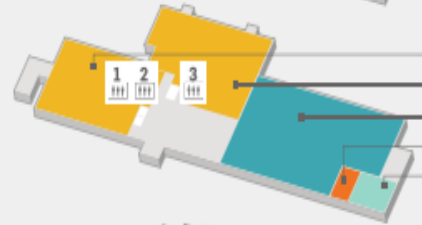
- Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dermatologia, Endocrinologia, Neurocirurgia, Reumatologia
- Cafetaria
- Auditório
- Capela
- Sistemas de Informação / Sala de Formação

Piso 4



- UCIM - Unidade de Cuidados Intermedios
- Internamento 301 a 313
- Internamento 316 a 319
- Internamento 320 a 327

Piso 3



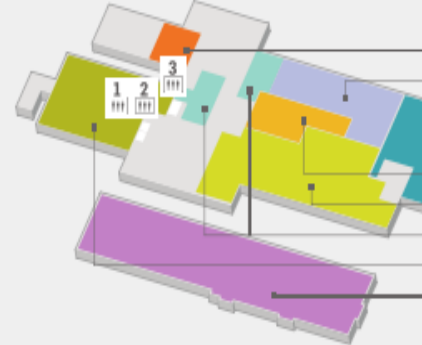
- Internamento 201 a 205
- Internamento 206 a 211
- Internamento 212 a 222
- Sala de EEG
- Unidade do Sono

Piso 2



- Bloco Operatório
- Gastroenterologia
- Ginecologia e Medicina Geral e Familiar
- Pediatria

Piso 1



- Medicina Dentária
- Alergologia, Medicina Interna, Neurologia, Nutrição, Ortopedia, Pneumologia, Psicologia, Psiquiatria, Terapia da Fala
- AMP - Atendimento Médico Permanente
- Oftalmologia
- Centro de Imagiologia
- Recepção, Informações e Acidentes de Trabalho
- Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Urologia
- Radioterapia e Litotricia

Piso 0



- Refeitório
- Análises Clínicas
- Secretaria
- Administração e Direcção Clínica
- Tesouraria
- Recursos Humanos

Piso -1

ANEXO II



APÊNDICE VIII:

**ARTIGO: “INTEGRAÇÃO DE NOVOS
ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA”**

Integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório de uma instituição privada

Susana Vairinhos³

RESUMO

OBJETIVO: O Bloco Operatório caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades altamente complexas e especializadas. A especificidade deste serviço, aliada a fatores como a elevada rotatividade de utentes, o ambiente de alto risco e a instabilidade e gravidade das situações, entre outros, determinam a necessidade de profissionais com conhecimentos diferenciados. Ao iniciar funções neste serviço, qualquer enfermeiro deve passar por um período de integração (habitualmente demorado dada a especificidade do Bloco Operatório) com vista à aquisição de toda uma série de saberes do domínio de um vasto conjunto de gestos técnicos e de interiorização de valores. Este projeto teve por objetivo compreender o processo de integração de um grupo de enfermeiros no Bloco Operatório de uma instituição privada, e quais os aspetos que podem ser melhorados para facilitar o processo de integração de novos enfermeiros no serviço em questão. **MÉTODO:** Realizou-se um estudo descritivo através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço. Para a análise dos dados recorreu-se a métodos quantitativos e qualitativos (visto existirem algumas questões de resposta aberta). Dos 27 enfermeiros que constituem o universo deste Bloco Operatório, 24 responderam ao questionário, pelo que a amostra é bastante representativa do serviço em questão (aproximadamente 90%). **RESULTADOS:** A grande maioria dos inquiridos já possuía experiência profissional antes de iniciar funções neste serviço, sendo que apenas 17% dos elementos referiram não ter qualquer experiência profissional. Quanto ao conhecimento da norma de serviço relativa ao processo de integração de novos enfermeiros, 50% afirmaram não estar familiarizados com este documento. Apenas 37% referiram ter tido um enfermeiro integrador, no entanto 50% afirma ter tido algum acompanhamento com os enfermeiros do serviço. A grande maioria dos inquiridos, cerca de 92%, afirmou que um “Guia de Integração” seria uma boa ferramenta para facilitar o processo de integração dos enfermeiros neste Bloco Operatório. Mais de metade dos enfermeiros, 54%, referiu o apoio e disponibilidade quer da equipa de Enfermagem, quer da restante equipa multidisciplinar como principal aspeto facilitador da adaptação ao serviço. Como principal dificuldade sentida destaca-se a especificidade do serviço e necessidade de aquisição de novos conhecimentos referida por 43% dos inquiridos. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que para melhorar o processo de integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório em questão é pertinente a criação de documentos orientadores (como um “Guia de Integração”) e a atribuição de um enfermeiro integrador a todos os novos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Bloco Operatório; integração; novos enfermeiros.

INTRODUÇÃO

O presente artigo surge no âmbito das Unidades Curriculares “Projeto/Estágio” e “Investigação II” do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), como resultado de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizado na instituição privada em que decorreu o estágio. A problemática alvo deste projeto foi o processo de

integração de enfermeiros em Bloco Operatório (BO).

O processo de integração de um enfermeiro em contexto de trabalho constitui-se sempre como um desafio. No caso de um serviço tão específico como o BO, que se caracteriza pelo desenvolvimento de atividades altamente complexas e especializadas, o processo de integração de um enfermeiro será demorado. Neste sentido é de extrema importância que os novos elementos sejam acompanhados por um elemento de referência, como o enfermeiro integrador, até de sentirem com segurança e

³ Enfermeira licenciada, mestranda em Enfermagem Perioperatória

confiança suficientes para o desempenho de funções de uma forma autónoma.

Com base no exposto o PIS realizado objetivou a melhoria do processo de integração dos novos enfermeiros no BO em questão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Perdigoto (2012), a instituição hospitalar é muito complexa. *“Para além de prestar cuidados de saúde, existem riscos potenciais aos quais os trabalhadores podem estar expostos, pelo que a salubridade dos ambientes de trabalho constitui um elemento relevante em matéria de saúde e bem-estar das populações, (...)”* (UVA & FARIA, cit. por PERDIGOTO, 2012, p. 2).

Se por um lado temos a complexidade do ambiente hospitalar, por outro temos a Enfermagem como uma profissão autónoma na qual é o enfermeiro o principal responsável pelas suas ações. Citando a alínea a), do n.º 3, do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros *“a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, secção II).

Assim, a assunção da responsabilidade profissional pelo enfermeiro, pode-se constituir como um desafio assustador, na medida em que a complexidade do ambiente de trabalho exige toda uma série de conhecimentos e capacidades técnicas para as quais os enfermeiros podem não se sentir preparados. Isto acontece quer com os enfermeiros recém-licenciados, que, como referem Silva *et al.* (2010, cit. por JESUS *et al.*, 2013), na transição do ensino para o contexto de trabalho podem experienciar sentimentos de ansiedade pelas novas necessidades de competências, quer com os enfermeiros já com experiência profissional numa mudança de serviço, por exemplo.

Como refere Benner (2001) com base nas hipóteses do modelo Dreyfus fundadas sobre a experiência em situação: *“Uma enfermeira especializada e tendo muita experiência no tratamento dos doentes adultos em estado crítico encontrar-se-ia num nível de iniciada*

(...) se fosse transferida para uma unidade de cuidados intensivos em neonatologia” (BENNER, 2001, p. 50).

Posto isto é natural que ao ingressar num contexto de trabalho novo os enfermeiros sejam sujeitos a *“(...) a um processo de aprendizagem com os enfermeiros mais experientes (...) que (...) lhes irão ensinar um conjunto de competências técnicas e sociais que irão permitir executar as funções que lhes são atribuídas”* (GÓIS & CABRITA, 2004, p. 10).

Este processo de adaptação inicial é o denominado processo de integração. Para Bergstein (1980, cit. por GÓIS & CABRITA, 2004), a integração é um processo mediante o qual o novo elemento interioriza a realidade objetiva representada pela organização em que se insere, *“transformando-a em parte da sua própria identidade e transformando-se em parte daquela realidade”* (GÓIS & CABRITA, 2004, p. 13). O principal objetivo deste processo é a adequada adaptação dos profissionais à instituição, tendo em conta tanto os objetivos pessoais do novo elemento, como os objetivos institucionais.

Silvestre (2012) refere que este processo adaptativo que é a integração envolve não só o conhecimento da estrutura física do local de trabalho e dos equipamentos disponíveis, mas também do relacionamento com outros sectores da organização e do conhecimento técnico-científico do profissional.

De acordo com Rola e Caracol (*in* Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006), as organizações são criadas para produzir algo. Embora estas possuam bem materiais, a sua energia é essencialmente humana. Assim, o funcionamento de uma organização só é possível quando as pessoas estão no seu posto de trabalho e desempenham adequadamente o papel para o qual foram selecionadas, admitidas e preparadas. Ainda de acordo com a mesma fonte o modo como o novo enfermeiro é recebido no momento da sua admissão é excecionalmente importante. A este deverá ser fornecida informação sobre os objetivos da organização, os meios para os atingir, o conceito de responsabilidade, os padrões de comportamento, e o conjunto de



regras e princípios que asseguram a identidade e integridade da organização.

Pinto (2008) enumera alguns erros frequentemente cometidos pelas organizações na integração de um novo elemento como: a falta de atenção para com o recém-chegado logo após a admissão e o acolhimento inicial, o envio imediato do recém-chegado para o seu superior hierárquico após uma mensagem rápida de boas vindas pela direção de Recursos Humanos ou o seu envio imediato para o seu posto de trabalho, a atribuição de tarefas iniciais demasiado simples ou, por outro lado, demasiado complexas, e o fornecimento de informação excessiva logo nos primeiros dias de trabalho. A autora refere que estes erros poderão provocar no novo elemento sentimentos de abandono e desproteção, uma perceção de desinteresse pela sua pessoa e sentimento de não-pertença à organização, o ferimento da autoestima profissional e sentimentos de ansiedade que poderão, ou inibir a aprendizagem, ou impedir a assimilação de informação.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2013) é imperioso que a integração dos enfermeiros em contexto de trabalho seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, devendo ser criadas por parte das instituições condições adequadas e o tempo de integração necessários.

O processo de integração pode, de acordo com J. Silva (2013), passar pela existência de um tutor ou orientador. O autor refere estudos que concluíram que este se encontra associado a um maior sucesso na carreira no novo membro da organização. Para o novo elemento os benefícios passam pelo suporte afetivo e social facilitador da integração, pela obtenção de informações de um modo mais rápido, pela existência de um interlocutor mais experiente o que permite o esclarecimento de dúvidas e pelo apoio personalizado. Para o orientador os benefícios passam pela gratificação de ser solicitado pela organização para a tarefa, pela gratificação pelos êxitos do novo elemento e por ver o novo elemento tornar-se produtivo para a organização.

No caso específico de um serviço como o BO, que, como refere Perdigoto (2012), exige aos seus profissionais uma maior diferenciação e qualificação relativamente aos restantes profissionais da instituição, o processo de integração de um enfermeiro é habitualmente demorado e complexo.

Este serviço caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades altamente complexas e especializadas, propenso à ocorrência de acidentes, como refere Fragata (2010). O autor afirma que todos os ingredientes estão presentes neste serviço: um ambiente de *stress* excessivo, as ocorrências inesperadas, o funcionamento dos profissionais com os equipamentos, muitas vezes variados e nem sempre ergonómicos, a dinâmica da equipa com as suas disfunções habituais, as falhas organizacionais, as falhas técnicas “e, claro... O erro humano!” (FRAGATA, 2010, p. 20).

De acordo com López e Cruz (1998), todas as intervenções cirúrgicas, por mais simples que pareçam, implicam risco para a saúde do utente. Este fica exposto a complicações devido a diferentes fatores, desde a medicação que lhe é administrada, à duração do ato anestésico-cirúrgico, passando pelo posicionamento adotado para a realização do mesmo. A AESOP (2006), refere que os acidentes e erros mais comuns neste serviço estão relacionados com: pessoa, procedimento cirúrgico ou local da cirurgia errados, incidentes anestésicos, contagens de compressas, corto-perfurantes e instrumentos incorretas, avaria de equipamentos e/ou instrumentos, posicionamentos incorretos, quedas de equipamentos, cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso, queimaduras, lesões provocadas por garrotes pneumáticos, contaminação por quebra da técnica asséptica cirúrgica, paragem cardiorrespiratória, pessoal a trabalhar sem conhecimento e sem competências, falta de supervisão e falta de comunicação.

Pela especificidade dos cuidados perioperatórios o processo de integração no BO deve obedecer “a diversas etapas extraordinariamente exigentes, quer para o novo enfermeiro, quer para o responsável



pela sua integração” (ROLA e CARACOL, in Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006, p. 287).

As autoras supracitadas, ao falarem da integração de novos elementos em BO, distinguem três categorias: enfermeiros sem experiência profissional, enfermeiros com experiência profissional e enfermeiros com experiência profissional em BO. As autoras referem que no caso de um enfermeiro sem experiência profissional, e dada a especificidade de funções do serviço e a falta de formação na área, o tempo de integração é demorado (de pelo menos um ano). Nos outros casos, dependendo dos conhecimentos e habilidade do novo enfermeiro nesta área, o tempo de integração poderá variar de acordo com a resposta às solicitações do serviço. A individualidade de cada elemento, associada à especificidade de cada BO, torna difícil preconizar um tempo de integração padrão. Por este motivo a AESOP (2006) defende a criação de um programa de integração e uma avaliação do mesmo, adequados às necessidades do novo elemento.

Este programa de integração tem por objetivo facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros, de modo a que a sua adaptação ao serviço seja rápida e eficaz e deve ser dividido em diferentes fases: a fase de acolhimento/observação (com a duração de 1 mês), a fase de enfermeiro de anestesia (com a duração de 2 meses), a fase de enfermeiro circulante (com a duração de 3 meses) e a fase de enfermeiro instrumentista (com a duração de 6 meses). A AESOP (2006) defende a necessidade de uma avaliação formativa no término de cada uma destas fases. Esta avaliação não se pretende quantitativa. *“O que se pretende, é que seja realizada a avaliação dos objetivos preconizados pelo programa de integração, e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função”* (AESOP, 2006, pp. 314, 316, 318).

“Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objetivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade

de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais” (AESOP, 2006, p. 320). Quanto à duração do programa de integração, esta deverá ser *“(…) a necessária para promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem perioperatórios e para a aquisição de conceitos fundamentais para a sua prática, (...)”* (ROLA e CARACOL, in Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, 2006, p. 287).

OBJETIVO

O PIS realizado objetivou a melhoria do processo de integração dos novos enfermeiros no BO da instituição privada em que decorreu o estágio. Para tal foi necessário realizar um estudo de campo, através da aplicação de um questionário, a fim de compreender quer quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando a sua integração no serviço, quer quais os aspetos facilitadores da mesma. Também se procuraram recolher junto dos enfermeiros inquiridos eventuais sugestões para a melhoria do processo de integração.

METODOLOGIA

A elaboração do questionário baseou-se nas recomendações de Hill e Hill (2000), e as questões colocadas tiveram por base o programa de integração proposto pela AESOP (2006), a investigação relativa ao processo de integração de enfermeiros em BO levada a cabo por Cabral (2004) e, como não poderia deixar de ser, a realidade do serviço.

Antes da aplicação do questionário realizou-se um pré-teste. Este pré-teste conduziu à reformulação da estrutura do questionário e de algumas questões mais sensíveis.

Uma vez que o questionário em causa incidia sobre a realidade do processo de integração dos enfermeiros no serviço, ou seja, sobre uma realidade institucional, foi necessária uma autorização do conselho de administração prévia à sua aplicação no serviço. Uma vez deferido este pedido de



autorização procedeu-se à distribuição do questionário aos enfermeiros do BO em questão.

No sentido de preservar o anonimato e de transmitir segurança aos enfermeiros quanto à preservação do mesmo, não se recolheram assinaturas. Utilizou-se assim o consentimento tácito ou implícito: os enfermeiros que de livre e espontânea vontade respondessem ao questionário e o devolvessem estariam a consentir a sua participação.

O universo do serviço era, na altura em que foi distribuído o questionário, constituído por 27 enfermeiros. Responderam e devolveram o questionário 24 destes enfermeiros, o que corresponde a uma amostra de 90%, bastante representativa do serviço.

Tratou-se de um estudo descritivo no qual para a análise dos resultados se recorreu a métodos quantitativos e qualitativos (visto haver algumas questões de resposta aberta). Nas questões de resposta aberta foi necessário recorrer à análise de conteúdo e categorização das respostas, de modo a conseguir uma análise quantitativa.

RESULTADOS

O questionário dividiu-se em 3 partes: numa primeira parte procurava-se realizar a caracterização socioprofissional dos inquiridos com o tipo de vínculo com a instituição, o sexo e o tempo de experiência profissional. Não se caracterizou quanto à idade pois dado o reduzido tamanho do universo em estudo, este poderia ser um elemento identificativo dos enfermeiros.

Numa segunda parte procurou-se caracterizar o processo de integração dos enfermeiros no serviço, tendo sido colocadas algumas questões relativas aos períodos de integração em cada uma das vertentes perioperatórias do BO, bem como algumas questões relativas ao grau de satisfação dos enfermeiros com vários aspetos do processo de integração. Procurou-se também compreender se os inquiridos consideravam pertinente a criação de um “Guia de Integração”.

Numa última parte optou-se pela recolha de sugestões por parte dos enfermeiros para a melhoria do processo de integração.

CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL:

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros que constitui este BO, 58%, exerce funções em regime de prestação de serviços, enquanto apenas 42% trabalham em regime de contrato (a termo ou por tempo indeterminado). Quanto ao sexo, como seria de esperar num universo maioritariamente feminino, este serviço não é exceção: 62% dos elementos são do sexo feminino, enquanto os restantes 38% são do sexo masculino. Verificou-se também que a grande maioria dos enfermeiros já possuía experiência profissional antes de iniciar funções no serviço (Tabela 1).

Tempo de experiência profissional em Enfermagem:	%
Menos de 2 anos	4%
Entre 2 e 5 anos	17%
Entre 6 e 15 anos	46%
Mais de 15 anos	33%
TOTAL	100%

Tabela 13

Quanto ao tempo de experiência profissional em BO apenas 17% referiram não ter qualquer experiência profissional neste serviço antes de iniciarem funções na presente instituição. Os restantes 83% tinham, no mínimo, mais de dois anos de experiência profissional em BO.

Quanto à antiguidade na instituição, apenas 25% dos inquiridos está no serviço há menos de dois anos (Tabela 2).

Tempo de experiência profissional no serviço:	%
Menos de 2 anos	25%
Entre 2 e 5 anos	37,5%
Mais de 5 anos	37,5%
TOTAL	100%

Tabela 14

De um modo geral verificou-se que a grande maioria dos inquiridos já possuía experiência profissional antes de iniciar funções neste BO.



CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO:

No que diz respeito ao processo de integração dos inquiridos no serviço, os enfermeiros foram questionados quanto ao conhecimento da norma de serviço. Metade dos elementos afirmaram não estar familiarizados com este documento, 46% afirmaram estar familiarizados com o mesmo e os restantes 4% não responderam (NR) como se pode observar no gráfico seguinte (Gráfico 1):

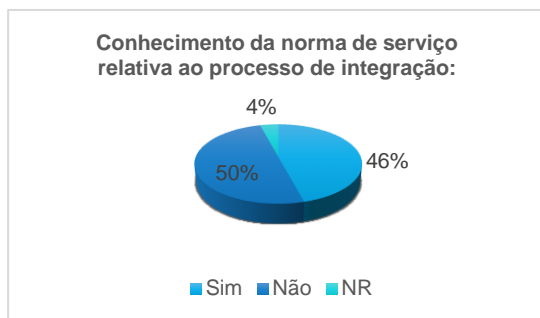


Gráfico 36

Mais de metade dos inquiridos, 54%, afirmaram que no momento da sua admissão lhes foi apresentado o serviço (missão, valores, espaço físico, funcionamento dos serviços...), enquanto os restantes 46% afirmaram não ter tido esta apresentação (Gráfico 2).



Gráfico 37

Quanto a uma eventual reunião com o enfermeiro responsável do serviço, durante o período de integração, a fim de avaliar a evolução no serviço, a grande maioria afirma não ter tido qualquer reunião (Gráfico 3).



Gráfico 38

Quanto à atribuição de um enfermeiro integrador apenas 37,5% referiu ter sido nomeado um enfermeiro integrador para facilitar a sua adaptação ao serviço (Gráfico 4).



Gráfico 39

Relativamente ao seu acompanhamento pelo enfermeiro integrador, 83% dos enfermeiros referiram que nem sempre tiveram o acompanhamento desta figura (Gráfico 5).

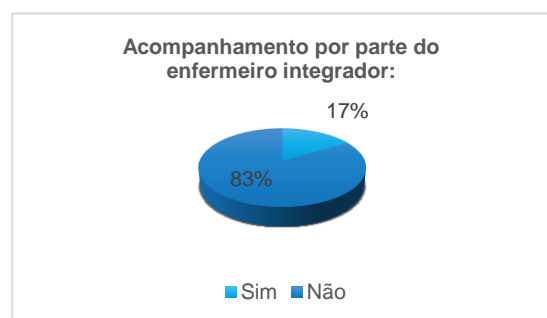


Gráfico 40

Já no que diz respeito ao acompanhamento dos novos elementos por parte de outros enfermeiros, metade afirma ter tido acompanhamento, ao passo que outra metade afirma não o ter tido (Gráfico 6).

Acompanhamento por parte de outros enfermeiros:



Gráfico 41

Os enfermeiros foram também questionados quanto aos aspetos do serviço que lhes foram dados a conhecer aquando da sua admissão. Tratou-se de uma questão em que os inquiridos poderiam assinalar várias opções. A maioria referiu o espaço físico do serviço (96%), seguindo-se a sua dinâmica (79%), e os equipamentos disponíveis neste BO (75%). Menos referidos foram a missão e os valores do serviço (46%), os protocolos (50%) e as normas (58%) do mesmo.

Também na questão relativa aos momentos contemplados pelo período de integração dos enfermeiros no serviço se poderiam assinalar várias respostas. As mais referidas foram a visita guiada ao serviço (67%) e o período de integração na anestesia (67%). O momento menos referido foi o período de integração na vertente perioperatória da instrumentação (29%).

Quanto ao tempo de integração que tiveram em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória, por se tratar de uma questão de resposta semiaberta (em que se pediu aos inquiridos que indicassem o tempo em dias, semanas, meses ou anos) houve necessidade de categorizar as respostas:

- **“Sem integração”** – Aplica-se a todos os enfermeiros que referiram não ter tido integração;
- **“Menos de 1 semana”** – Aplica-se aos que responderam alguns dias;
- **“Mais de 1 semana, menos de 1 mês”** – Inclui todos os que referiram períodos compreendidos entre uma semana (inclusive) e menos de um mês;
- **“Mais de 1 mês”** – Inclui os que responderam um mês (ou aproximadamente), ou mais;
- **“Não aplicável”** – Aplica-se a todas as respostas que não são possíveis de contabilizar, como as incompletas, aquelas em que os enfermeiros referem ainda estar em integração, aquelas em

que referem não se recordar e ainda as sem respostas.

Quanto ao período de integração dos enfermeiros do serviço na vertente perioperatória da anestesia, 25% referem ter tido menos de uma semana de integração. Esta vertente perioperatória foi, das diferentes vertentes, aquela em que maior percentagem dos inquiridos afirmaram ter tido mais de um mês de integração, 17% mais precisamente.

As respostas a esta questão podem ser observadas no gráfico seguinte (Gráfico 7):

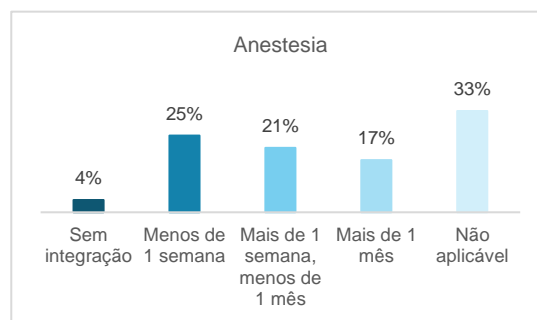


Gráfico 42

Quanto à vertente perioperatória da circulação, infelizmente, mais de metade das respostas, 55%, não são passíveis de ser contabilizadas, na medida em que os inquiridos referiram ainda estar em integração ou não se recordarem, deram respostas incompletas ou não responderam. Das respostas passíveis de serem contabilizadas, e à semelhança do que se verificou na vertente perioperatória da anestesia, 25% dos inquiridos referiram ter tido menos de uma semana de integração (Gráfico 8).

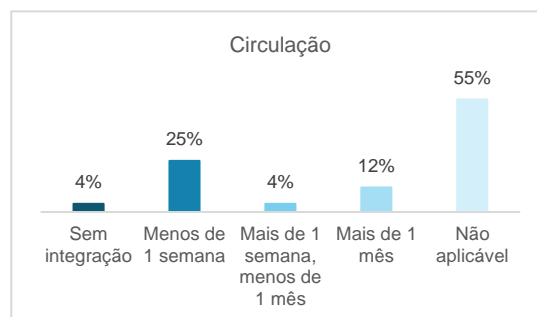


Gráfico 43

À semelhança da vertente perioperatória da circulação, também na vertente perioperatória da instrumentação houve elevada percentagem de respostas não



contabilizáveis. Da reduzida percentagem de elementos cujas respostas nos fornecem dados concretos relativamente aos períodos de integração, mais uma vez destacam-se períodos de integração inferiores a uma semana (Gráfico 9).

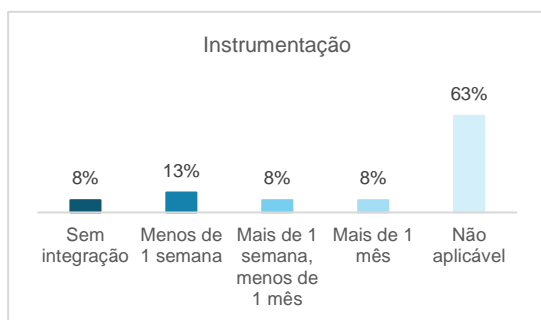


Gráfico 44

Quanto à integração na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), 25% afirma ter tido menos de uma semana de integração (Gráfico 10).

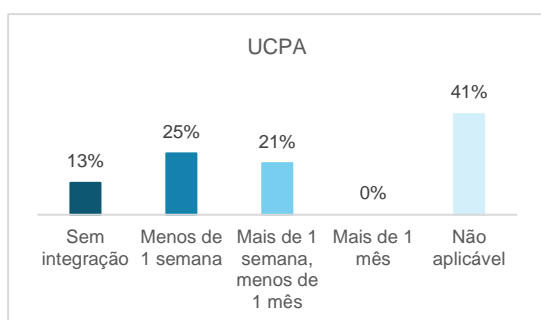


Gráfico 45

No que diz respeito à eventual criação de um “Guia de Integração” (documento com orientações para o processo de integração, informações institucionais e do serviço, funções da Enfermagem Perioperatória, entre muitos outros aspetos), elevada percentagem dos inquiridos (92%) afirmaram que este se constituiria como uma boa ferramenta para facilitar o processo de integração dos novos elementos.

As respostas a esta questão podem ser observadas no gráfico seguinte (Gráfico 11):

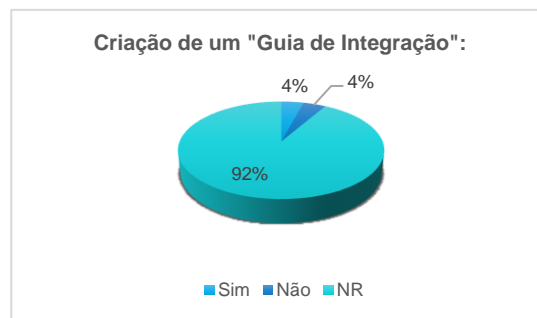


Gráfico 46

Os enfermeiros foram também questionados quanto ao seu grau de satisfação com diversos aspetos relacionados quer com o processo de integração no serviço, quer com o desempenho do enfermeiro integrador (para os enfermeiros que afirmaram ter tido um enfermeiro integrador). Para tal recorreu-se a uma escala de *Likert* graduada de 1 a 5 em que:

1. Muito insatisfeito;
2. Insatisfeito;
3. Nem satisfeito, nem insatisfeito;
4. Satisfeito;
5. Muito satisfeito.

No que diz respeito ao processo de integração no serviço propriamente dito, foram contemplados diversos aspetos.

Quanto ao empenho global da organização no processo de integração dos novos enfermeiros, 46% dos inquiridos revelaram-se satisfeitos, enquanto 21% se revelaram muito insatisfeitos. Relativamente ao nível de envolvimento dos superiores hierárquicos neste processo, as respostas foram semelhantes: 42% dos elementos mostraram-se satisfeitos, 21% ou insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Relativamente ao *feedback* dos superiores hierárquicos 38% referiram não estar nem satisfeitos, nem insatisfeitos. O empenho do enfermeiro responsável no processo de integração dos inquiridos foi classificado por 46% dos mesmos como satisfatório. Quanto ao seu envolvimento no processo de socialização a grande maioria, 58%, refere-se satisfeita. Quanto à disponibilidade deste superior hierárquico para participar no processo de integração dos novos elementos, 42% dos inquiridos mostraram-se satisfeitos e quanto ao seu apoio 37,5% também se mostraram

satisfeitos. Quanto aos mecanismos de consulta e diálogo utilizados pelas principais figuras de referência envolvidas no processo de integração, 42% mostraram-se mais uma vez, satisfeitos. No que diz respeito à preparação da equipa de Enfermagem para a chegada de novos elementos, 33% mostraram-se satisfeitos e 29% nem satisfeitos, nem insatisfeitos. A questão em que houve, evidentemente, um maior grau de satisfação foi a relativa ao apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar: 42% mostraram-se satisfeitos, outros 42% muito satisfeitos. Quanto ao fornecimento de documentação de suporte, 38% referiu nem satisfeito, nem insatisfeito. Por fim, os inquiridos mostraram-se também satisfeitos quanto ao acesso às normas de serviço, 33%.

As respostas a todas estas questões, relativas ao grau de satisfação dos enfermeiros com os diversos aspetos relacionados com o seu processo de integração no serviço, poderão ser observadas na tabela seguinte (tabela 3):

Ainda através da aplicação desta escala de *Likert*, o questionário aplicado aos enfermeiros deste BO procurou também avaliar o desempenho do enfermeiro integrador aquando do processo de integração dos novos enfermeiros no serviço.

Dos 24 enfermeiros inquiridos, apenas 9 referiram ter tido um enfermeiro integrador. Alguns dos enfermeiros que afirmaram não ter sido nomeado um enfermeiro integrador, responderam na mesma à questão relativa ao grau de satisfação com o enfermeiro integrador em diferentes aspetos. Estas respostas não foram contabilizadas. Apenas se contabilizaram as respostas dos 9 enfermeiros que afirmaram ter sido nomeado um enfermeiro integrador para o seu processo de integração.

Quanto às respostas obtidas, a maioria, 55%, mostrou-se satisfeita com o empenho do enfermeiro integrador no processo de integração. Os inquiridos também se mostraram satisfeitos, 44%, em relação à disponibilidade desta figura de referência para o ensino e resolução de problemas.

GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM OS DIVERSOS ASPETOS RELACIONADOS COM O SEU PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NA INSTITUIÇÃO, NOMEADAMENTE:	1 – Muito insatisfeito	2 – Insatisfeito	3 – Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 – Satisfeito	5 – Muito satisfeito	NR
O empenho global da organização	21%	0%	17%	46%	12%	4%
O nível de envolvimento dos superiores hierárquicos	17%	4%	25%	42%	8%	4%
O <i>feedback</i> dos superiores hierárquicos ao longo do processo de integração	12,5%	12,5%	38%	25%	8%	4%
O empenho do enfermeiro chefe	13%	8%	21%	46%	8%	4%
O envolvimento do enfermeiro chefe no processo de socialização com os restantes elementos da quipá multidisciplinar	13%	0%	17%	58%	8%	4%
A disponibilidade do enfermeiro chefe para participar no processo de integração	17%	0%	25%	42%	8%	8%
O apoio do enfermeiro chefe	12,5%	0%	21%	37,5%	25%	4%
Os mecanismos de consulta e diálogo com os principais envolvidos	13%	8%	25%	42%	4%	8%
A preparação da equipa de Enfermagem para a chegada de novos elementos	13%	4%	29%	33%	13%	8%
O apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar	4%	0%	8%	42%	42%	4%
O fornecimento de documentação de suporte	17%	4%	38%	25%	8%	8%
O acesso às normas do serviço	17%	0%	29%	33%	8%	13%

Tabela 15



O único aspeto em que alguns elementos se mostraram ou insatisfeitos, 22%, ou muito insatisfeitos, 11%, relaciona-se com o fornecimento de documentação de apoio para facilitar o processo de integração.

Em aspetos como a preparação teórica do enfermeiro integrador para responder a eventuais dúvidas, o conhecimento que este demonstrou ter do serviço e a transmissão de conhecimentos 44% dos inquiridos demonstraram-se também, maioritariamente, satisfeitos. Por fim, quanto ao envolvimento do enfermeiro integrador no processo de socialização entre o novo elemento e a restante equipa de Enfermagem, 33% afirmaram estar satisfeitos, outros 33% muito satisfeitos.

De seguida podemos observar as respostas destes 9 enfermeiros mais detalhadamente (tabela 4):

GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O PAPEL DESEMPENHADO PELO ENFERMEIRO INTEGRADOR NOS DIFERENTES ASPETOS:	1 – Muito insatisfeito	2 – Insatisfeito	3 – Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 – Satisfeito	5 – Muito satisfeito	NR
Empenho no processo de integração	0%	0%	11%	55%	11%	22%
Disponibilidade para o ensino e resolução de problemas	0%	0%	22%	44%	22%	11%
Documentação de apoio fornecida	11%	22%	22%	33%	0%	11%
Preparação teórica	0%	0%	33%	44%	11%	11%
Conhecimento do serviço	0%	0%	11%	44%	33%	11%
Transmissão de conhecimentos	0%	0%	22%	44%	22%	11%
Processo de socialização com a restante equipa de Enfermagem	0%	0%	22%	33%	33%	11%

Tabela 16

SUGESTÕES PARA A MELHORIA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO:

Por fim, o questionário procurou recolher, junto dos enfermeiros do serviço, algumas informações quer sobre os principais aspetos facilitadores do processo de integração, quer sobre as principais dificuldades sentidas pelos mesmos aquando deste processo. Também foram recolhidas algumas sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros no serviço e sobre os principais conteúdos a incluir num eventual “Guia de integração”.

Por se tratarem de questões de resposta aberta surgiu a necessidade de recorrer à análise de conteúdo de modo a categorizar as respostas e assim quantificá-las.

Quanto aos aspetos facilitadores do processo de integração dos enfermeiros no serviço, definiram-se as seguintes categorias:

- **“Sem integração”** – Alguns elementos responderam à questão colocada referindo não ter tido qualquer processo de integração;
- **“Disponibilidade e/ou apoio da equipa multidisciplinar e/ou de Enfermagem”** – Grande parte dos elementos referiu como aspeto facilitador o apoio e disponibilidade quer dos colegas, quer da equipa multidisciplinar;
- **“Enfermeiro integrador”** – Uma minoria referiu o apoio desta figura de referência como aspeto facilitador do processo de integração;
- **“Sem resposta”** – Parte dos inquiridos não respondeu à questão.

Nesta questão a grande maioria dos elementos, 54%, destacou como principal aspeto facilitador do seu processo de integração no serviço a disponibilidade e/ou o apoio quer da equipa multidisciplinar, quer da equipa de Enfermagem.

Quanto às principais dificuldades sentidas ao longo do processo de integração dos enfermeiros no serviço, definiram-se como categorias:

- **“Sem integração e/ou enfermeiro integrador”** – Alguns elementos responderam não ter tido integração ou não ter tido o acompanhamento por parte de um enfermeiro integrador;
- **“Especificidade do serviço/aquisição de conhecimentos”** – A grande maioria dos elementos apontou a especificidade do serviço e a necessidade de adquirir novos conhecimentos como principal dificuldade;

- **“Curtos períodos de adaptação ao serviço”** – O tempo de adaptação ao serviço (ou a falta dele) foi também apontado como uma dificuldade;
- **“Exercício de novas funções”** – Alguns elementos referiram a necessidade de desempenhar tarefas e/ou funções para as quais não se sentiam devidamente preparados;
- **“Sem dificuldades”** – Houve elementos que referiram não ter tido dificuldades;
- **“Sem resposta”** – Parte dos inquiridos não respondeu à questão.

Nesta questão destacam-se como principais dificuldades a ausência de um enfermeiro integrador, ou mesmo de um processo de integração, apontados por 24% dos enfermeiros, e a especificidade do serviço e/ou necessidade de aquisição de novos conhecimentos, referida por 43% dos inquiridos.

No que diz respeito às sugestões para a melhoria do processo de integração de novos enfermeiros no serviço, as categorias definidas foram:

- **“Enfermeiro integrador e/ou acompanhamento do novo elemento”** – Muitos elementos referiram a importância da atribuição de um enfermeiro integrador ou elemento de referência, ou da necessidade de existir um maior acompanhamento dos novos elementos;
- **“Procedimento para a integração de novos elementos”** – Alguns elementos referiram a importância de cumprir a norma de serviço em vigor, que contempla períodos de integração padrão superiores aos praticados no serviço;
- **“Experiência profissional prévia”** – Também foi referida a importância de possuir alguma experiência profissional antes de exercer funções num serviço tão específico como o BO;
- **“Períodos de integração adequados”** – Sugeriu-se o aumento dos períodos de integração;
- **“Guia orientador”** – A criação de um guia orientador foi também referida por parte dos inquiridos;
- **“Sem sugestões”** – Uma pequena minoria referiu não ter sugestões para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros no serviço;
- **“Sem resposta”** – Parte dos inquiridos não respondeu à questão.

A importância de atribuir um enfermeiro integrador aos novos elementos ou de existir um acompanhamento adequado dos mesmos foi referida por 29% dos inquiridos. Dos enfermeiros inquiridos, 17% sugeriram a criação de um documento orientador para

facilitar a adaptação dos novos elementos ao serviço.

Por fim, quanto aos conteúdos a incluir num eventual “Guia de Integração”, definiram-se as seguintes categorias:

- **“Funções do enfermeiro perioperatório”** – Parte dos inquiridos referiu as funções do enfermeiro nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória;
- **“Áreas, valências, normas e protocolos do serviço”** – Muitos enfermeiros afirmaram que se deveriam incluir num eventual “Guia de Integração” as normas e os protocolos do serviço, bem como as diferentes áreas e valências do mesmo;
- **“Períodos de integração”** – Parte dos enfermeiros considerou que os períodos de integração deveriam constar num documento orientador;
- **“Sem sugestões”** – Alguns enfermeiros, apesar de terem respondido à questão, não foram de encontro ao que se pretendia e não deram quaisquer sugestões;
- **“Sem resposta”** – Parte dos inquiridos não respondeu à questão.

A principal sugestão dos inquiridos, sugerida por 29% dos mesmos, foi a de incluir as áreas, valências, normas e protocolos do serviço num eventual “Guia de Integração”.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra que respondeu ao questionário foi, como já referido, uma amostra bastante representativa do serviço (90% aproximadamente).

Quanto à caracterização socioprofissional dos inquiridos os aspetos que merecem destaque prendem-se com o tipo de vínculo que têm com a instituição e o seu tempo de experiência profissional.

Verificou-se que dos elementos cujo vínculo com a instituição é o de prestação de serviços, não existia um único que não tivesse experiência profissional prévia. Todos os inquiridos cujo vínculo com a instituição é este, o de prestação de serviços, têm pelo menos dois anos de experiência profissional em BO, como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 5):

Tempo de experiência profissional em BO (noulras instituições)	Prestação de serviços	Contrato
Nenhum		16,5%
Menos de 2 anos		
Entre 2 e 5 anos	16,5%	4%
Entre 6 e 15 anos	21%	21%
Mais de 15 anos	21%	
TOTAL		100%

Tabela 17

Como podemos verificar, dos elementos em regime de prestação de serviços, a maioria tem mais de seis anos de experiência profissional em BO noulras instituições. Já no que diz respeito aos elementos que têm contrato a termo ou por tempo indeterminado com a instituição, 16,5% não tinham qualquer experiência profissional em BO, enquanto os restantes, com exceção de 4% com um tempo de experiência profissional entre dois e cinco anos, possuíam já mais de seis anos de experiência profissional em BO.

Assim, a equipa de Enfermagem deste serviço é constituída na sua maioria por elementos com experiência profissional em BO prévia à sua admissão na instituição.

Quanto à caracterização do processo de integração dos enfermeiros inquiridos no serviço em questão, 50% destes admitiu não estar familiarizado com a norma de serviço relativa a este processo no serviço, 46% referem que não lhes foi apresentada a instituição aquando da sua admissão na mesma, 79% não tiveram qualquer reunião com o enfermeiro responsável a fim de avaliar a sua evolução no serviço, 63% referem não lhes ter sido atribuído um enfermeiro integrador, 83%, incluindo os que referem não lhes ter sido atribuído um enfermeiro integrador, e parte da minoria que refere ter tido um enfermeiro integrador, referem não ter tido um acompanhamento por parte desta figura de referência, e 50% afirmam não ter tido acompanhamento por parte de outros enfermeiros. Com exceção da apresentação da instituição, verificou-se que em todas as questões referidas, metade ou mais de metade dos inquiridos responderam negativamente às questões colocadas, o que dá uma ideia negativa do processo de integração dos enfermeiros neste BO.

Se atentarmos a que, como verificado anteriormente, a maioria dos enfermeiros

inquiridos ter iniciado funções neste serviço já com experiência de BO prévia, podemos inferir que talvez para estes elementos não tenha sido tida em consideração a necessidade de um período de integração que contemplasse a aprendizagem dos principais conceitos relacionados com o BO, mas sim de um período de adaptação à dinâmica do serviço, uma vez que já estavam familiarizados com estes conceitos. Infelizmente, e como se constatou posteriormente aquando da questão relativa às principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros, o facto de ter experiência profissional não significa que se dominem todas as áreas do BO, como referiram certos elementos: podem não se sentir à vontade para instrumentar determinadas cirurgias ou para desempenhar funções como enfermeiros de apoio à anestesia em pediatria, por exemplo.

Quanto à atribuição de um enfermeiro integrador aos novos elementos, apenas 37% referiram ter tido um enfermeiro integrador. Numa tentativa de justificar o porquê da não atribuição de enfermeiro integrador a mais de metade da amostra, procurou-se compreender a relação entre os elementos que tiveram um enfermeiro integrador e a sua experiência profissional prévia (Tabela 6).

Tempo de experiência profissional em BO	Enfermeiro integrador	
	SIM	NÃO
Nenhum	8%	8%
Menos de 2 anos		
Entre 2 e 5 anos	13%	8%
Entre 6 e 15 anos	8%	34%
Mais de 15 anos	8%	13%
TOTAL	37%	63%

Tabela 18

Verificou-se que os elementos que não tiveram enfermeiro integrador são, na sua maioria elementos com mais de seis anos de experiência profissional. Por outro lado, também se verificou que dos elementos que não tinham qualquer experiência profissional em BO, metade refere ter tido um enfermeiro integrador, outra metade refere não o ter tido.

Com o intuito de compreender o porquê desta diferença entre elementos que tinham supostamente o mesmo nível de conhecimentos, procurou-se estabelecer,

além da relação entre o tempo de experiência profissional e a atribuição ou não de um enfermeiro integrador, a relação entre a antiguidade dos elementos na presente instituição e a atribuição ou não do referido enfermeiro integrador (Tabela 7).

Tempo de experiência profissional no serviço	Enfermeiro integrador	
	SIM	NÃO
Menos de 2 anos	13%	17%
Entre 2 e 5 anos	20%	13%
Mais de 5 anos	4%	33%
TOTAL	37%	63%

Tabela 19

Constatou-se que, dos elementos que exercem funções na instituição há mais de cinco anos, a maioria não teve enfermeiro integrador. Verificou-se também que o número de elementos que afirma ter tido um enfermeiro integrador, é bastante superior nos elementos que estão na instituição há menos de cinco anos. Isto constitui-se como um facto bastante positivo, na medida em que demonstra que têm decorrido alterações no processo de acolhimento e integração dos novos elementos, e que este processo tem vindo a ser mais valorizado ao longo dos últimos cinco anos.

Importa referir que apesar de grande parte dos enfermeiros terem afirmado não ter tido um enfermeiro integrador, se verificou que 27% mesmo sem o acompanhamento de um enfermeiro integrador, tiveram o acompanhamento de outros colegas durante o período de adaptação ao serviço. Este acompanhamento por partes de outros enfermeiros, à semelhança do que se verifica com a atribuição ou não de um enfermeiro integrador, também tem vindo a ocorrer com mais frequência ao longo dos últimos anos.

Quanto aos períodos de integração dos inquiridos nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória, houve, infelizmente, uma elevada percentagem de respostas categorizadas como “não aplicável”, principalmente nas vertentes perioperatórias da circulação e instrumentação (mais de metade da amostra), e sobretudo por ausência de respostas (embora também alguns elementos tenham referido não se recordarem dos períodos de

integração). Esta situação torna mais difícil uma real interpretação dos dados.

No que diz respeito às vertentes perioperatórias de anestesia e UCPA, aquelas em que mais de metade dos inquiridos responderam e que nos permitem realizar uma análise, constatou-se que a maioria dos elementos que responderam tiveram menos de uma semana de integração. A vertente da UCPA foi a única em que nenhum dos inquiridos referiu ter tido mais de um mês de integração. Com base nas respostas obtidas constata-se que, independentemente dos curtos períodos de integração, a anestesia e a UCPA foram as vertentes da Enfermagem Perioperatória em que houve uma maior preocupação com a integração de novos elementos. A AESOP (2006) preconiza que a integração de novos enfermeiros no BO se deve iniciar pela vertente da anestesia. Neste serviço, de um modo geral, também é nesta vertente que se inicia a integração de novos enfermeiros, podendo esta ocorrer em simultâneo com a integração na UCPA. Posto isto, talvez este seja o motivo pelo qual se obtiveram mais respostas nestas duas vertentes: o facto de se iniciar a integração nestas duas vertentes e de o início de funções no serviço ser um período marcante, pode levar a que os elementos se recordem com mais facilidade deste período da sua vida profissional e como tal ainda consigam referir quanto tempo tiveram de integração.

Relativamente à avaliação do grau de satisfação dos elementos com os diferentes aspetos referentes ao acolhimento na instituição, a maioria refere-se satisfeito com o empenho global da organização no seu acolhimento, com o envolvimento dos superiores hierárquicos no seu processo de integração, com o empenho do enfermeiro responsável no mesmo, com o envolvimento desta figura de referência no processo de socialização com a restante equipa disciplinar, com a disponibilidade deste mesmo elemento para participar nos processos de integração, com o seu *feedback* e apoio, com os mecanismos de consulta e diálogo utilizados tanto pelo enfermeiro responsável, como pelo enfermeiro integrador

(quando aplicável) e com o acesso às normas de serviço. Note-se, que dos referidos aspetos, aquele que foi avaliado como satisfatório por maior número de elementos foi o envolvimento do enfermeiro responsável no processo de socialização com a restante equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar, a grande maioria dos elementos mostrou-se satisfeita ou muito satisfeita. Estas respostas permitem inferir, tanto que o enfermeiro responsável se envolve na socialização dos novos elementos com a restante equipa multidisciplinar, como que existe um bom ambiente entre os elementos da equipa de Enfermagem e que o espírito de ajuda entre estes elementos está presente.

Quanto ao enfermeiro integrador, da amostra total, apenas 37,5% referiu ter sido nomeado um enfermeiro integrador para o seu acompanhamento ao longo do processo de integração no serviço. Estes elementos classificaram então o seu grau de satisfação em relação ao papel desempenhado pelo enfermeiro integrador. Dos diferentes parâmetros avaliados, verificou-se que apenas no que diz respeito ao fornecimento de documentação de apoio por parte do enfermeiro integrador, houve elementos que se mostraram insatisfeitos ou muito insatisfeitos. A maioria dos elementos que tiveram um enfermeiro integrador e responderam a esta questão mostraram-se particularmente satisfeitos com o empenho do enfermeiro integrador nos seus processos de integração, a disponibilidade deste elemento de referência para o ensino e resolução de problemas, a preparação teórica do mesmo e o conhecimento do serviço demonstrado pelo mesmo, bem como com a transmissão de conhecimentos por parte do enfermeiro integrador.

Por fim, na última parte do questionário foram colocadas algumas questões de resposta aberta que permitiram avaliar melhor os processos de integração no serviço.

No que diz respeito aos aspetos facilitadores do processo de integração para os elementos quando foram admitidos no serviço, verificou-se que a grande maioria

referiu a disponibilidade e/ou o apoio dos colegas de Enfermagem e/ou da restante equipa multidisciplinar, à semelhança do que se verificou nas questões relativas ao grau de satisfação dos elementos com determinados aspetos do processo de integração, em que a maioria se referiu satisfeito ou muito satisfeito com o apoio dos colegas e da restante equipa multidisciplinar. Este destaca-se como um aspeto bastante positivo na medida em que, como já referido, se verifica a existência de espírito de equipa e de entreaajuda entre os elementos.

Quanto às dificuldades sentidas durante o processo de integração dos elementos, destacaram-se a especificidade do serviço e o facto de não ter existido processo de integração ou algum acompanhamento por um elemento de referência, como o enfermeiro integrador.

Para a melhoria do processo de integração dos novos elementos no serviço, a maioria refere a atribuição de um enfermeiro integrador para acompanhar o novo elemento ao longo do seu processo de integração. Com base nas respostas a estas questões (dificuldades sentidas e sugestões de melhoria) torna-se bastante evidente a necessidade de atribuir um enfermeiro integrador aos novos elementos do serviço.

Ainda quanto a eventuais sugestões, importa referir que também se destacou a importância da criação de um documento orientador para facilitar a adaptação ao serviço.

Por fim, quanto aos aspetos a incluir num eventual “guia de integração” a maioria dos elementos refere as áreas, valências, normas e protocolos do serviço. Também foram referidas as funções do enfermeiro perioperatório.

CONCLUSÃO

O questionário aplicado no serviço objetivava compreender as principais necessidades dos enfermeiros no que diz respeito ao processo de integração no serviço e a pertinência da criação de um documento orientador que facilitasse este processo. Estes objetivos foram atingidos.

Verificou-se que o processo de integração de novos enfermeiros no serviço tem vindo a melhorar ao longo dos últimos anos (talvez devido a eventuais alterações tanto a nível de organização e chefia, como a nível de recursos humanos), o que se constitui como um fator bastante positivo. No entanto, apesar das melhorias verificadas ainda existem algumas lacunas que carecem de intervenção, como o pouco tempo disponibilizado para o processo de integração ou a não atribuição de um enfermeiro integrador a todos os novos elementos.

Verificou-se também que a grande maioria dos enfermeiros consideram pertinente a criação de um documento orientador como ferramenta facilitadora do processo de integração, como um guia de integração por exemplo.

Como aspetos a incluir num eventual guia de integração, os mais referidos pelos inquiridos prenderam-se com as normas, protocolos e procedimentos do serviço. Foram também referidos outros aspetos como a atribuição de um enfermeiro integrador, o estabelecimento dos objetivos a atingir ao longo do período de integração e os períodos de tempo para este processo, bem como as funções do enfermeiro perioperatório e caracterização do serviço.

De um modo geral, a aplicação deste questionário no serviço em questão, permitiu compreender as necessidades do serviço no que diz respeito ao processo de integração dos novos elementos, e veio validar a pertinência do problema identificado para o PIS realizado em contexto de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (2006). **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados** (1ª ed.). Loures: Lusociência;
- BENNER, P. (2001). **De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem** (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora;
- CABRAL, D. (2004). **Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória - Contributos para a sua implementação**. Porto: Universidade do Porto;
- CARACOL, J., & ROLA, P. (2006). **Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório**. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, **Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados** (1ª Reimpressão ed., pp. 281-328). Loures: Lusodidacta;
- FRAGATA, J. (2010). **Erros e acidentes no Bloco Operatório: Revisão do Estado da Arte**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, pp. 17-26;
- GÓIS, C., & CABRITA, M. (2004). **Competências do enfermeiro orientador**. Setúbal: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal;
- HILL, M., & HILL, A. (2000). **Investigação por Questionário**. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo;
- JESUS, B., GOMES, D., SPILLERE, L., PRADO, M., & CANEVER, B. (Abril-Junho de 2013). **Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 17, n.º2, pp. 336-45;
- LÓPEZ, M., & CRUZ, M. (1998). **Centro Cirúrgico**. (3ª ed.). Rio de Janeiro: McGraw Hill;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (16 de Setembro de 2009). **Legislação**. Obtido em 07 de Abril de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (15 de Outubro de 2013). **Documentos Oficiais**. Obtido em 10 de Abril de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/MDPITs/Dimensao_06/IT_6_2_3_A_I_v001.pdf;
- PERDIGOTO, P. (2012). **Riscos no Bloco Operatório - Realidades que podem influenciar a gestão**. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança;
- PINTO, P. (2008). **A gestão integrada dos recursos humanos - Integração e Acolhimento**. Coimbra: Instituto Superior de Engenharia de Coimbra;
- SILVA, J. (2013). **Relatório de Trabalho de Projeto - Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital**. Setúbal: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal;
- SILVESTRE, M. (2012). **Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso**. Aveiro: Universidade de Aveiro.

APÊNDICE IX:

**POSTER: “INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS
NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA
INSTITUIÇÃO PRIVADA”**

INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA

INTRODUÇÃO

O Bloco Operatório caracteriza-se por ser um serviço onde se desenvolvem atividades altamente complexas e especializadas. A especificidade deste serviço juntamente com fatores como a elevada rotatividade de utentes, o ambiente de alto risco e a instabilidade e gravidade das situações, entre outros, determinam a necessidade de profissionais competentes. Assim, qualquer enfermeiro admitido no Bloco Operatório decerto que terá que passar por um processo de aquisição de todo um conjunto de saberes do domínio de um vasto conjunto de gestos técnicos e de interiorização de valores. Como refere Cabrita (2009) este processo vulgarmente denominado por “integração” será demorado, visto que na maioria dos currículos escolares os conteúdos teóricos e práticos relacionados com esta área tão específica são muito elementares. Neste sentido Rola e Caracol (2006) defendem a implementação de programas de integração adequados às necessidades dos novos elementos, bem como o acompanhamento destes por um enfermeiro integrador até que se sintam com autonomia e confiança suficientes para o desempenho das suas atividades.

METODOLOGIA & RESULTADOS

Com vista à identificação das principais dificuldades sentidas por um grupo de enfermeiros ao longo do seu processo de integração no serviço, procedeu-se à aplicação de um questionário num Bloco Operatório de uma instituição privada.

A aplicação deste questionário cumpriu todos os procedimentos éticos inerentes a este tipo de pesquisa, para salvaguarda, quer da instituição, quer dos participantes, nomeadamente: o anonimato, o respeito pelo sigilo e o consentimento informado.

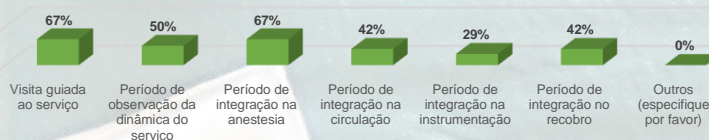
O questionário aplicado constituía-se na sua maioria por perguntas de resposta fechada (escolha múltipla) e por algumas questões de resposta aberta. Estas questões visavam a caracterização socioprofissional dos inquiridos, a caracterização do processo de integração dos mesmos no Bloco Operatório em questão e a recolha de sugestões para a melhoria deste processo.

Dos 27 elementos que constituem a equipa de Enfermagem do serviço em questão, 24 responderam ao questionário aplicado.

No que diz respeito à caracterização socioprofissional dos inquiridos, importa referir que 83% já possuíam pelo menos 2 anos de experiência profissional em Bloco Operatório antes de iniciarem funções no serviço em questão, enquanto apenas 17% não possuíam qualquer experiência na área.

Relativamente ao processo de integração dos inquiridos nas diferentes vertentes da Enfermagem Perioperatória verificou-se que é na área de anestesia que existe maior preocupação com a integração de novos elementos, sendo aquela em que maior número de elementos referiu ter tido integração e em que os períodos de integração foram maiores.

Diferentes momentos contemplados pelo período de integração no serviço:

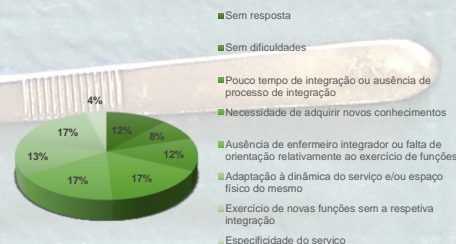


Tempo de integração em cada uma das vertentes da Enfermagem Perioperatória

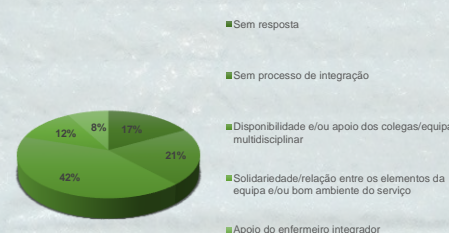


Quanto às maiores dificuldades sentidas pelos inquiridos ao longo da sua adaptação ao serviço, estas prenderam-se com a necessidade de adquirir novos conhecimentos e com a falta de orientação para o exercício de atividades (desde a ausência de um enfermeiro integrador, à inexistência de integração para o desempenho de novas funções). Por outro lado destacaram-se o bom ambiente do serviço e o espírito de entreajuda quer entre enfermeiros, quer entre estes e a restante equipa multidisciplinar, como aspetos facilitadores do processo de integração.

Dificuldades sentidas pelos novos elementos ao longo do processo de integração:



Dificuldades sentidas pelos novos elementos ao longo do processo de integração:



CONCLUSÃO

A aplicação deste questionário no serviço em questão revelou que os períodos de integração são curtos e que ainda existe uma grande percentagem de enfermeiros aos quais não é atribuído um enfermeiro integrador. Os inquiridos referiram estes aspetos como principais dificuldades ao processo de integração e reforçaram a importância do acompanhamento dos novos elementos por elementos qualificados. Considerando que a grande maioria dos enfermeiros já possuía experiência profissional em Bloco Operatório, é possível inferir que talvez este tenha sido o motivo pelo qual não lhes foi atribuído enfermeiro integrador e o processo de integração no serviço foi mais rápido.

Por outro lado verificou-se que existe uma grande entreajuda entre os diferentes elementos que constituem a equipa de Enfermagem e que também os restantes elementos da equipa multidisciplinar procuram facilitar a integração dos novos elementos. Este constitui-se como um aspeto bastante positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CABRITA, M. (2009). Desenvolvimento de competências em Enfermagem num Contexto de Formação Participada e de Avaliação Formativa – Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa;
- CARACOL, J. & ROLA, P. (2006). Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório. In Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses: Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados (1ª Reimpressão, pp. 281-328). Loures: Lusodidacta.

ANEXO I:

**CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL: 3º ENCONTRO
DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE**





ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Susana Lopes, natural de Setúbal, nascido/a a 12 / Ago / 1987,
nacionalidade portuguesa, portador do bilhete de identidade nº 13191215
emitido pelo Arquivo de Identificação de Setúbal em - / - / 2013, participou
no Curso de Formação Profissional 3º Encontro de Cardiologia do Hospital de [REDACTED]
que decorreu em 05/12/2013 no/a Hospital de [REDACTED] com a duração total de 2 horas.

Lisboa, 05 de Dezembro de 2013

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 4467/2013

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef.: 213 163 275 - Fax: 213 530 292 - info@advita.pt
Instituição Particular de Solidariedade Social inscrição nº 42/02 a 05-69 do livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social - Pessoa Colectiva nº 504 605 321

ANEXO II:

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

PROFISSIONAL: ACLS – *ADVANCED*

CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

***“PROVIDER”* (SUPORTE AVANÇADO DE
VIDA ADULTO)**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Pelo presente certifica-se que


Susana Lopes Vairinhos dos Santos

Participou no Curso de Formação Profissional
Acreditado pelo Centro de Treino Oficial AHA, AEM
Portugal

ACLS – ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT “PROVIDER” (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA ADULTO)

Realizado na Parede, Portugal, nos dias 8 e 9 de março
de 2014

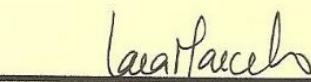
Total de horas: **16 horas**



João Paulo Carvalho
Diretor Geral AEM Portugal



AEM
PORTUGAL
Av. Oliveira Zina, 209
4440 - 506 Valongo
NIF 509 207 774
www.aemportugal.pt



Dra. Lara Marcelo
Coordenadora do Curso

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA ADULTO

Plano Curricular:

- 1. Boas Vindas**
- 2. Apresentação e Organização do Curso ACLS**
- 3. Avaliação Inicial de BLS e ACLS**
- 4. Suporte Básico de Vida e DAE**
- 5. Via Aérea Básica e Avançada e Ventilação**
- 6. Monitorização e Fármacos em Reanimação**
- 7. Conceito de Equipa em Reanimação**
- 8. Perspectiva Geral das Simulações**
- 9. Casos Práticos: Ritmos de Paragem Cárdio-Respiratória**
 - FV/TV sem pulso
 - Asistolia/AESP
- 10. Casos Práticos: Ritmos de Péri-paragem**
 - Bradiarritmias
- 11. Casos Práticos: Ritmos de Péri-paragem**
 - Taquiarritmias
- 12. Síndromes Coronárias Agudas**
- 13. Acidente Vascular Cerebral**
- 14. Casos Integrados**
 - Simulação e prática de casos clínicos
- 15. Avaliação Teórica**
- 16. Avaliação prática**
- 17. Conclusão**
 - Conclusão e Avaliação do Curso

ANEXO III:

**NORMA DE PROCEDIMENTO EM VIGOR:
“INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E
EMPREGADOS AUXILIARES DE ACÇÃO
MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO”**

			Data de entrada em vigor:	25/10/2007
			Revisão	1
INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E EMPREGADOS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO			Próxima revisão:	12/2014
			Cód. Documento:	Np.BO.01

1. Objectivo

Definir objectivos e o procedimento de integração de novos enfermeiros e auxiliares de acção médica no Bloco Operatório, possibilitando a aquisição de conhecimentos sobre o funcionamento do serviço e respectivas tarefas e a sua interligação com a instituição.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se aos novos enfermeiros e empregados auxiliares de acção médica e ao enfermeiro responsável pela integração dos novos profissionais.

3. Siglas, abreviaturas e definições

BO – Bloco Operatório

4. Referências

Manual de integração de novos Profissionais de Enfermagem do Hospital

Descrição de funções do BO

Norma de Procedimento – Funcionamento do BO

5. Responsabilidades

Enfermeiro Responsável de Serviço

- Apresentar os enfermeiros responsáveis da integração.
- Elaborar um plano de integração junto com o enfermeiro integrador.
- Assegurar que os novos colaboradores do BO recebem um plano de integração no posto de trabalho.
- Dar a conhecer o BO e a sua articulação com os serviços da Instituição.
- Informar sobre regras de assiduidade e pontualidade, avaliação de desempenho, apresentação do Manual de procedimentos do BO.

INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E EMPREGADOS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
	Revisão	1
	Próxima revisão:	12/2014
	Cód. Documento:	Np.BO.01

Responsabilidade do Enfermeiro Responsável da Integração

- Realizar a integração no posto de trabalho e integração com a equipa do BO.
- Dar a conhecer as normas de segurança.
- Transmitir os conhecimentos necessários à correcta integração do novo colaborador.

6. Procedimento

O novo colaborador do BO é integrado no serviço de acordo com o Programa de Integração e Orientação do serviço (de Enfermeiros ou Auxiliares conforme o colaborador).

O programa prepara o novo colaborador para o desempenho do seu posto de trabalho, responsabilidades e respectivas funções específicas, dando a conhecer a estrutura do serviço e da equipa, o relacionamento laboral com os outros elementos, funcionando como um complemento ao Manual de Acolhimento da Direcção de Enfermagem.

Enfermeiro Responsável do serviço:

6.1 Caracterização geral do serviço

- Descrição e apresentação da estrutura física do serviço.
- Aspectos de funcionamento e competências genéricas do serviço.
- Articulação do BO com os outros serviços da instituição.

6.2 Identificação e localização dos equipamentos/materiais existentes no serviço

O Enfermeiro Responsável do serviço ou quem ele delegar, identifica, localiza e informa sobre o manuseamento e manutenção do equipamento/material do serviço, necessário para o bom funcionamento do serviço, assim como proceder em caso de avaria.

6.3 Apresentação do manual do BO, procedimentos do serviço e documentação relevante para o exercício das suas funções

O Enfermeiro Responsável do serviço dá conhecimento da existência do Manual de Procedimentos do serviço, da sua localização para consulta, garantindo que o novo colaborador tomou conhecimento de toda a documentação existente, relevante para o desempenho das suas tarefas.

INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E EMPREGADOS AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Revisão
	Próxima revisão:	12/2014
	Cód. Documento:	Np.BO.01

6.4 Avaliação de desempenho

É efectuada uma avaliação de desempenho em cada período de 6 meses.

O novo funcionário recebe informação sobre a metodologia utilizada na sua avaliação de desempenho.

É de salientar que a integração de novos colaboradores no serviço é um processo evolutivo, que depende do novo elemento, da dificuldade, importância e frequência de cada tarefa que compõe o posto de trabalho, assim como do conhecimento e competências iniciais dos novos colaboradores.

Enfermeiro Responsável pela Integração:

6.5 Apresentação aos funcionários do serviço

A apresentação é feita pelo responsável da integração no serviço, identificando individualmente todos os funcionários presentes que o compõem, os respectivos postos de trabalho e responsabilidades, identificando de igual modo ao novo funcionário, o seu posto de trabalho e as responsabilidades.

6.6 Integração no posto de trabalho e relacionamento com os outros elementos da equipa

A integração nas funções específicas relativas ao posto de trabalho e equipamentos a desempenhar pelo novo colaborador, bem como a sua interligação com todos os elementos da equipa, é realizada pelo responsável da integração no serviço durante um período específico que se distribui da seguinte forma:

Enfermeiros: Anestesia (1 mês), Circulação (2 meses) e Instrumentação (2 meses).

Auxiliares: 1 mês.

6.7 Aspectos de relacionamento com outros serviços

O novo funcionário recebe informação sobre a articulação das actividades do BO com os outros serviços de internamento, serviços de diagnóstico e terapêutica e serviços de apoio.

6.8 Normas de segurança contra incêndio e de evacuação das instalações

O novo colaborador recebe informação sobre a localização das saídas de emergência, dos extintores de incêndio do serviço, das portas corta – fogo e do Plano de Emergência Interno.

INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS E EMPREGADOS AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA NO BLOCO OPERATÓRIO	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
	Revisão	1
	Próxima revisão:	12/2014
	Cód. Documento:	Np.BO.01



6.9 Dever de assiduidade e pontualidade

O novo colaborador recebe informação sobre:

- Horário normal de trabalho, totalizando 6 ou 8 horas/dia (conforme a função desempenhada) e 40 horas/semana;
- Férias, faltas e licenças.

7. Anexos

- Anexo I - Programa de Orientação e Integração de Enfermeiros do BO.
- Anexo II - Programa de Orientação e Integração de Auxiliares do BO.
- Anexo III - Avaliação do Programa de Orientação e Integração de Auxiliares do BO.
- Anexo IV - Avaliação do Programa de Orientação e Integração de Enfermeiros do BO.

Elaboração Enfermeiro 	Revisão Enfermeiro 	Ratificação Enf. Jorge Sousa <hr/> Direcção de Enfermagem
---	--	--

ANEXO IV:

**ESTRUTURA DE IDONEIDADES: INSTRUÇÃO
DE TRABALHO N.º 6.2.3.A – “EXISTÊNCIA
DE PLANOS DE INTEGRAÇÃO DE
ENFERMEIROS NO SERVIÇO”**



ESTRUTURA DE IDONEIDADES

Acreditação da Idoneidade Formativa
do Contexto de Prática Clínica



Doc. IT.6.2.3.A.I. v001

Data: 15-10-2013

Instrução de trabalho nº 6.2.3.A

1º TRIÉNIO – INDICADOR OBRIGATÓRIO	
DIMENSÃO: 6. Política de Formação Contínua de Enfermeiros	CRITÉRIO: 6.2. Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço.
INDICADOR: 6.2.3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço.	

RIFCPC: 6.2.3. *Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço.*

Orientação:

A integração de pessoas é uma necessidade básica de uma organização, tomando em consideração as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais atuais.

Representa uma das atividades primárias da administração dos recursos humanos, que os contextos de prática clínica devem contemplar. O objetivo principal é o adequado ajustamento dos profissionais à instituição, tendo em conta tanto os objetivos pessoais como os institucionais.

No percurso de integração destaca-se o desenvolvimento profissional, onde o enfermeiro é impulsionador e o principal responsável. Este percurso está dependente de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que, direcionados para o processo de integração do profissional numa instituição/contexto de prática clínica, vão desde a realidade onde os profissionais são inseridos, até às relações estabelecidas.

Deste modo é imperioso que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, devendo ser criadas por parte das instituições, condições adequadas e tempo de integração necessários.

Reconhecimento e validação:

Itens obrigatórios

O contexto de prática clínica tem um plano de integração de enfermeiros no serviço.

O plano de integração está disponível aos enfermeiros.

O plano de integração é do conhecimento dos enfermeiros.

O plano de integração está datado e assinado pelo responsável do contexto de prática clínica.

O plano de integração fundamenta-se na complexidade e dinâmica do contexto de prática clínica e instituição.

O plano de integração contempla os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

No plano de integração está definida a metodologia de trabalho.

O plano de integração define a forma (escala e acompanhamento) e tempo de integração.

O plano de integração contempla as condições de trabalho e de Supervisão Clínica.

Itens de melhoria

O plano de integração está datado e assinado pelo autor/responsável pela sua elaboração.

O plano de integração tem definida data de revisão.

O plano de integração é elaborado de acordo com o regulamento de elaboração documental da instituição.

No plano de integração estão definidas metas e objetivos.

O plano de integração contempla atividades de monitorização e avaliação.

O plano de integração contribui para a melhoria da atividade do serviço.

O plano de integração está de acordo com a política e objetivos institucionais. (Aprovado pelo órgão de gestão institucional)

O plano de integração é atualizado sempre que surgem alterações ou recomendações.

ANEXO V:

**“CONGRESSO ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA DA PRÁTICA À
EVIDÊNCIA” – PROGRAMA**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
30 - 31 maio '14

CONGRESSO ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA da Prática à Evidência



Congresso no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com a AESOP.

Objetivos:

- Promover espaço de partilha de conhecimento sobre a prática dos enfermeiros perioperatórios,
- Divulgar os resultados da integração do conhecimento científico na resolução de problemas da práxis perioperatória
- Contribuir com evidência científica para o desenvolvimento da enfermagem perioperatória

PROGRAMA

Dia 30 Maio

08:45 – 9:30 **Abertura do secretariado - Receção aos participantes**

09:30 – 10:00 **Sessão de Abertura**

Prof^o Doutor José Carlos Gomes – Presidente do Conselho de Enfermagem OE
Prof^o Doutor Pedro Dominginhos - Presidente IPS)
Prof^o Doutora Madalena Gomes da Silva - Diretora ESS, IPS
Prof^o Doutora Lucília Nunes - Coordenadora DE, ESS
En^{fa} Mercedes Bilbao - Presidente AESOP
Prof^o Doutora Cândida Ferrito - Coordenadora MEPO, ESS

10:00 – 11:30 **Painel – CONSOLIDAÇÃO DE NOVAS ÁREAS DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM – A ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**
Moderador: Cândida Ferrito, ESS, IPS

Enfermagem Perioperatória – Passado, presente e futuro

Mercedes Bilbao, Presidente da AESOP

Relação entre a Academia e a Profissão

Lucília Nunes, Coordenadora Departamento Enfermagem, ESS

Perspectiva da Regulação Profissional

José Carlos Gomes – Presidente do Conselho de Enfermagem OE

11:30 – 11.45 Pausa Café

11.45-13.00 **INICIATIVAS EM BLOCO OPERATÓRIO**

Moderador: Jorge Gamito, En^{fo} Chefe BO, H. Lusíadas

Competências não técnicas do Enfermeiro Instrumentista

Tiago Silva (CHS, H. Sant'Tiago Otão, Bloco)

Tradução e adaptação de instrumento de avaliação de risco de Úlceras de Pressão em Bloco Operatório

Filomena Silva, (CHLC, Bloco H.D Estefânia, estudante MEPO).

Prática Baseada na Evidência em Bloco Operatório

Carla Cambotas, (IPO Lisboa, Bloco Operatório, estudante MEPO)

Necessidades de formação em reprocessamento de material dos enfermeiros de Bloco Operatório

Luís Martins, (Hospital ████████ Bloco, estudante MEPO)

13.00 – 14:15 Almoço

14:15 – 15:30 **PRESEÇA DO ENF^o NO PRÉ- OPERATÓRIO**

Moderador: Teresa Anjos – En^{fa} Chefe BO, CHS, H. Sant'Tiago Otão

A visita Pré-operatória – Revisão Sistemática

Catarina Luna e Tânia Gregório, (CHS, H. Sant'Tiago Otão, Bloco, estudantes MEPO)

Visita Pré- Operatória: Um desafio para a melhoria dos cuidados de Enfermagem

Cátia Oliveira (CHUC, Bloco, estudante MEPO)

Handover – Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório

Madalena Pires, (CHO, H. Torres Vedras, Bloco, Estudante MEPO)

Importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem: A Satisfação do Cliente

Catarina Luna (CHS, H. Sant'Tiago Otão, Bloco, estudantes MEPO)

15:30 – 16:30	INICIATIVAS EM BLOCO OPERATÓRIO: Moderador: Jorge Humberto, Enfermeiro Diretor, Hospital de [REDACTED] Visita Pós- Operatória de Enfermagem: O Retrato dos cuidados Ana Cristina Tavares (H. Garcia da Orta, Bloco, estudante MEPO). Comunicação com a família do doente cirúrgico programado adulto no período intraoperatório João Carregoso (Fundação Champalimaud, Estudante MEPO) Informação aos familiares do cliente cirúrgico: papel do enfermeiro perioperatório Odete Monteiro (H. Garcia da Orta, Bloco, estudante MEPO)
16:30 – 16:45	Pausa Café
16.45-18:15	COMUNICAÇÕES LIVRES Moderador: Ana Lúcia Ramos, ESS, IPS À descoberta do Bloco Operatório Alcina Silva, Leonor Rodrigues, Susana Gaspar Sá, (ULSBA, H. José Joaquim Fernandes) Processo de integração dos Enfermeiros do BO CHBM Ana Catarina Carvalho, Roberto Correia, Vera Busca, (CHBM; H. Nossa Srª Rosário- BO) Segurança e Gestão do Risco – Lista de verificação pré-operatória Anabela Ruivo, Dulce Crespo, (CHBM, H. Nossa Srª Rosário, BO Ginecologia) Aquisição de conhecimentos Avelino Ramos, (H. Cuf Descobertas – BO) Musica no alívio da dor do doente no pós-operatório Catarina Valente, Joaquim Carreira, (CHLO, H. Egas Moniz, Bloco) O que andamos cá a fazer? António Páscoa (ULSBA, H. José Joaquim Fernandes, Bloco)
20:30	Jantar do Congresso
Dia 31 Maio	
9:30 – 11:00	Painel: Cultura de Segurança em Bloco Operatório Moderador: António Freitas, ESS, IPS Lista Segura Manuel Valente – Direcção Geral de Saúde Sistema de notificação em Bloco Operatório Fernando Barroso – Centro Hospitalar de Setúbal O Enfermeiro Perioperatório na gestão do risco e segurança Teresa Chambel – Enfª Chefe BO Hospital Garcia de Orta
11:00-11.30	Pausa café
11:30 – 12:15	REGISTOS DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIOS Moderador: Dina Clemente, Enfª Chefe BO CHBM, H.N.S.Rosário Registos intraoperatórios informatizados: Instrumento para a melhoria dos cuidados Ana Silva (CHLN, H. Santa. Maria, Bloco Neurocirurgia, estudante MEPO) Implementação de um Sistema de Preparação de Terapêutica Anestésica – Pedrug Patrícia Sardinha, (CHLC, H.D Estefânia, Bloco, estudante MEPO)
12:15 – 14:00	Almoço
14:00 – 15:00	CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS- OPERATÓRIOS Moderador: Enfª Josefina Garnadeiro, Enfª Chefe, BO, H. Fernando da Fonseca Transmissão da informação no pós-operatório imediato Xavier Fernandes, (CHLN, H. Santa Maria, Bloco, Estudante MEPO) Avaliação da satisfação dos utentes com a informação no pós-operatório em Cirurgia Ambulatória Helena Ribeiro (CHS, Unidade Cirurgia Ambulatória I, estudante MEPO). A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. André Couto, (CHS, H. Sant’Tiago Otlão, Bloco, estudante MEPO)
15:00 – 15:30	CONFERÊNCIA Construção da Identidade Profissional do enfermeiro em bloco operatório Ana Esteves, ESS IPS
15.30-16.00	CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO Da prática à Evidência, o caminho percorrido... Cândida Ferrito, ESS, IPS
16.00	Entrega dos prémios da comunicação e do poster Encerramento Congresso
16:15	Atuação da TUNA da ESS IPS, (Semper T’unos)

POSTERS (estudantes MEPO)

Revisão do Procedimento da Visita Pré-Operatória de Enfermagem (VPOE) - Importância da VPOE: Aspetos sobre registos de enfermagem, um critério de qualidade Tânia Gregório, (CHS, H. Sant'Tiago Otão, Bloco)

Implementação da Visita Pré- Operatória em enfermagem - Paula Patola, (ULSBA, H. José Joaquim Fernandes, Bloco)

Abordagem da Equipa de Enfermagem Perioperatória á pessoa vítima de trauma grave - Sónia Pires (HSJ)

Guia de Integração em BO - Susana Vairinhos (Bloco)

Higienizar as Mãos não é Opção, é uma Obrigação na Diminuição das IACS - João Morgado (H.CUF, Infante Santo, BO)

Musicoterapia no controlo da dor no pós-operatório - Diana Modas (CHS, H.S. Bernardo, UCPA)

POSTERS (Comunicações Livres)

Projeto SAPE – Oportunidade de melhoria no Serviço de Especialidades Cirúrgicas – Filipa Conceição, Diana Gomes (CHS, H. S. Bernardo, especialidades cirúrgicas)

Comunicação na cirurgia Laparoscópica: desafio para a segurança do doente – Edite Vieira, Patrícia de Sousa (ULSB, H. José Joaquim Fernandes)

Prevenção de lesões no intra-operatório – Patrícia Ramalho (CHLO, Bloco Operatório)

Entrevista de enfermagem pré-operatória na Unidade de Cirurgia Ambulatória – Paula Lourenço (CHLO- H. Egas Moniz, Unidade cirurgia do ambulatório)

Terapia de Feridas por Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstructiva – Carla Rosa (CHS, H.S. Bernardo), Daniela Martins (IPOFG), Micael Fernandes (CUF Descobertas), Paulo Salvado (CHLC), Rolanda Macedo (CHS, H.S. Bernardo), Rosália Mariano (CUF Infante santo), Helena Caria (ESS, IPS).

Legenda: CHS – Centro Hospitalar Setúbal | H – Hospital () | CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo | ULSBA – Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo | CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central | CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Oriental | CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte | CHO – Centro Hospitalar do Oeste | CHUC – Centro Hospitalar Universidade Coimbra | IPOFG – Instituto Português Oncologia Francisco Gentil

Comissão Científica:

Ana Lúcia Ramos
Alice Ruivo
Cândida Ferrito
Lurdes Martins
Lucília Nunes

Comissão Organizadora:

Ana Esteves
António Freitas
Cândida Ferrito
Madalena Cabrita
Mercedes Bilbao (em representação da AESOP)
Luís Martins
Tiago Silva

Contactos:

Ana Esteves – ana.esteves@ess.ips.pt
Tel. 265709325

Escola Superior de Saúde
Campus do IPS, Estefanilha
Edifício da ESCE
2914 - 503 Setúbal

www.ess.ips.pt

